วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคเหนือ

ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2563

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและความก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาล
2. เป็นสื่อกลางให้ทราบถึงข้อมูล สถานภาพและเกียรติศักดิ์ ศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ
3. เป็นศูนย์กลางรวบรวมและเผยแพร่ความคิดของมวลสมาชิกเสริมสร้างความแข็งแกร่งแห่งวิชาชีพ
4. ก่อให้เกิดพลังสามัคคีสัมพันธภาพอันดีระหว่างมวลสมาชิก 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 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-4213, 0-5393-5030 โทรสาร 0-5389-4213

ที่ปรึกษา: อ.ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ นายกสมาคมฯ
บรรณาธิการ: ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงค์ชุม คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ผศ.ดร.ปรารถนา ลังการ์พินธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
อ.พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
กองบรรณาธิการ: ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อุษณีย์ จินตะเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.สุธิศา ล่ามช้าง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.เดชา ทำดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.ศรินทร์ทิพย์ ชวพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
อ.ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

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

สารบัญ

การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้นโรงพยาบาลลำปาง 1
Development of a Competency Framework of Recovery Room Nurses, Lampang Hospital

ศักดา ดวงมาลา **Sakda Duangmala**
บุญพิชชา จิตต์ภักดี **Bunpitcha Chitpakdee**
ทรียาพรรณ สุภามณี **Treeyaphan Supamanee**

ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกัน 12
โรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา
The effects of Health Education Program on Knowledge and Behaviors towards the Prevention of Opisthorchiasis among People in Sobbong sub-district, Phusang District, Phayao province.

นภาพร วงศ์วิวัฒนนุกิจ **Naphaphorn Wongwiwatthananukit**
ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง **Chadchadaporn Nuntakwang**

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัว 24
ของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพ
ทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ
Relationship among Perceived Burden of Caring Elderly with Chronic Illness, Family Relationship, Ability to Perform Activities of Daily Living (ADL), and Cognitive Function of Elderly with Chronic Illness in the North of Thailand

จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์ **Chulawaree Chaiwongnakkapun***
ปริมล หงษ์ศรี **Parimon Hongsri**
ปิ่นนเรศ กาศอุดม **Pinnarate Gadudom**

พฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย 40
พยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
Ethical Behaviors Among Nursing Students Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan

ศรีสุดา งามขำ **Srisuda Ngamkham**
มธุรดา บรรจงการ **Maturada Bunjongkarn**

การคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ 52
System Thinking Among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai
เขมิกา สิริโรจน์พร **Khemika Sirirojporn**
ชลกนก ธนาภควัตกุล **Chonkanok Thanaphakawatkul**
นนทรัตน์ จำเริญวงศ์ **Nontarut Jamroenwong**
ทิพย์ ลือชัย **Tip Luachai**
ชยธิดา ไชยวงษ์ **Chayatida Chaiwong**

การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่น 67
Transcultural Healthcare in a Digital Disruption Era
ปรารถนา ลังการ์พินธุ์ **Prathana Langkarpint**

บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของ 78
ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน
Nurses' Roles in Supporting Self-management for Preventing Diabetic Foot Ulcer among Patients with Diabetes Mellitus
ชยพล ศิรินิยมชัย **Chayaphon Siriniyomchai**

การส่งเสริมการเลี้ยวลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น 90
บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
Promotion of Breastfeeding among Teenage Mothers: Nurses' Roles in Tambon Health Promoting Hospital
เบญจมาภรณ์ นาคามดี **Benchamaphorn Nakamadee**
อัญชลี รุ่งฉาย **Anchalee Rungchay**
เพ็ญนภา ดำมินเศก **Pennapa Dumminsek**
นุโรม จุ้ยพ่วง **Nurome Juiphuang**

การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต 104
Nursing Care for Pain Management in Critically Ill Patients
จรวยพร ใจสิทธิ์ **Jaruayporn Jaisit**
วิลัยพร นุชสุธรรม **Wilaiporn Nuchsuthom**
เบญจมาศ ถาดแสง **Benchamat Thatsang**

แนวทางการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงในพื้นที่สาธารณะสำหรับพยาบาล 116
A Public Mass Shootings Survival Guidelines for Nurses
เกศินี วุฒิวงศ์ **Kasinee Wudhiwong**

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ ฉบับที่ 2 ปี 2563 นี้มีบทความที่น่าสนใจตีพิมพ์ทั้งสิ้นจำนวน 10 เรื่อง ประกอบไปด้วยบทความวิชาการ จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่น บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาวัยรุ่น: บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต แนวทางการเอาตัวรอดจากเหตุการณ์กราดยิงในและนอกโรงพยาบาล และบทความวิจัย จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ พฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ และ การศึกษาการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการทุกท่านที่ช่วยพิจารณา ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงต้นฉบับให้บทความมีความสมบูรณ์มากที่สุด คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ในเนื้อหาสาระของวารสารนี้ ท้ายที่สุดนี้ขอเชิญชวนพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย และสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ทุกท่านส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสาร เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ พัฒนาวิชาชีพ และพัฒนาสมาคมฯ ของเราให้ก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งฤดี วงค์ชุม
บรรณาธิการ

สภากาชาดไทย
แห่งประเทศไทย

การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

Development of a Competency Framework of Recovery Room Nurses, Lampang Hospital

ศักดา ดวงมาลา พย.ม* Sakda Duangmala M.N.S.*

บุญพิชชา จิตต์ภักดี พย.ด.** Bunpitcha Chitpakdee Ph.D.**

ทรียาพรรณ สุภามณี พย.ด.** Treeyaphan Supamanee Ph.D.**

Corresponding Authors: Email: soda8756@gmail.com

Received: 27 June 2020, Revised: 1 Sep 2020, Accepted: 29 Oct 2020

บทคัดย่อ

การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญมากในการบริหารทรัพยากรบุคคล การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนากรอบสมรรถนะของมาเรียลลิ ทอนโดรา และฮอด์จ (Marrelli, Tondora, & Hoge, 2005) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย พยาบาลห้องพักฟื้น จำนวน 7 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า กรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วยสมรรถนะ 8 ด้าน และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 58 ข้อ คือ 1) สมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการระบบทางเดินหายใจ 2) สมรรถนะด้านการประเมินและจัดการระบบไหลเวียนโลหิต 3) สมรรถนะด้านการประเมินระดับความรู้สึกตัวและดูแลผู้ป่วย 4) สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 5) สมรรถนะด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน 6) สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 7) สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นและกลับบ้าน และ 8) สมรรถนะด้านการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังการระงับความรู้สึก

ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำกรอบสมรรถนะนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในห้องพักฟื้น ให้มีคุณสมบัติเหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ ต่อไป

คำสำคัญ: กรอบสมรรถนะ พยาบาลห้องพักฟื้น

* *พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง*

* *Nurse Practitioner, Lampang Hospital, Lampang Province*

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

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

Abstract

Development of a nurse competency framework is very important for human resource management. The purpose of this study was to develop a competency framework of recovery room nurse of Lampang Hospital by applying the strategies of Marrelli, Tondora, and Hoge, (2005) for developing competency frameworks. The samples of this study consisted of seven recovery room nurses of Lampang Hospital, and five experts chosen by purposive sampling. The instruments used in the study were an interviewing guideline and a recording from. The data analysis consisted of content analysis and calculation of the content validity index.

The results of the study revealed that a competency framework for recovery room nurses, Lampang Hospital, consisted of 8 categories and 58 behavioral indicators which were: 1) assessment and management of respiratory system competency 2) assessment and management of the circulatory system competency 3)assessment of level of consciousness and patient care competency 4) care for patients with complications from anesthesia competency 5) management of emergencies competency 6) post-surgical care competency 7) assessment of patients before discharging from the recovery room and returning home competency and 8)postoperative round within 24 hours after anesthesia competency.

Therefore, nurse administrators could use this competency framework as a guideline for developing evaluation forms and developing competencies of nurses in recovery rooms.

Keyword: Competency framework, Recovery room nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ห้องพักฟื้น เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากเป็นผู้ป่วยภายหลังจากการผ่าตัดหรือการทำหัตถการต่าง ๆ ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติ เช่น การเสียเลือด เสียน้ำ ความเจ็บปวด และการระงับความรู้สึก ซึ่งส่งผลให้ความรู้สึกที่กดรีเฟล็กการป้องกันตนเอง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จึงต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่อาจเกิดจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกที่หลงเหลืออยู่ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด[1] เมื่อผู้ป่วยย้ายเข้าห้องพักฟื้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษกว่าผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้น พยาบาลห้องพักฟื้นจึงต้องมีความรู้ในเรื่อง สรีรวิทยาการผ่าตัดประเภทต่าง ๆ ยาและการบริหารยา ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกและยาแก้ปวด การดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจ มีพยาธิสภาพของหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงของความดันเลือด การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การดูแลท่อระบาย สายสวนปัสสาวะ พยาธิสภาพหลังผ่าตัด การช่วยฟื้นคืนชีพ[2] และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตามโรคประจำตัวของผู้ป่วย ที่อาจกำเริบขึ้น

ได้ในช่วงนี้ รวมทั้งมีทักษะการประเมินผู้ป่วยในห้องพักฟื้น การประเมินระบบต่าง ๆ ทั้งระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบกล้ามเนื้อ ความรู้สึกตัว อุณหภูมิกาย ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน สมดุลสารน้ำในร่างกาย ปริมาณปัสสาวะแต่ละชั่วโมง ปริมาณเลือดและของเหลวที่ออกจากสายระบาย และภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการบางอย่าง[1] ดังนั้น จึงควรมีการกำหนดกรอบสมรรถนะเฉพาะที่จำเป็น สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของการทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้นในต่างประเทศ พบว่า สมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหราชอาณาจักรและไอร์แลนด์[3] ได้มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้นซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะ 14 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านการสื่อสาร (communication) 2) ด้านการพัฒนาวิชาชีพ (professional development) 3) ด้านความเป็นผู้นำทางคลินิก (clinical leadership) 4) ด้านการกำกับดูแลด้านคลินิก (clinical governance) 5) ด้านการประเมินและการจัดการทางเดินหายใจ (assessment and management of the airway) 6) ด้านการประเมินและการจัดการการหายใจ (assessment and management of breathing) 7) ด้านการประเมินและการจัดการระบบหมุนเวียนโลหิต (assessment and management of the circulation) 8) ด้านการประเมินระดับความรู้สึกตัว (assessment of level of consciousness) 9) ด้านการเฝ้าระวังสัญญาณชีพของผู้ป่วยในขณะพักฟื้น (monitoring during recovery) 10) ด้านการเปิดหลอดเลือดดำและการให้สารน้ำ (intravenous access and fluid balance) 11) ด้านการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านเภสัชวิทยาในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงก่อนการผ่าตัด (applied knowledge of pharmacology in peri-operative care) 12) ด้านการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และอาการคลื่นไส้อาเจียน (management of postoperative pain, nausea and vomiting) 13) ด้านภาวะฉุกเฉินในห้องพักฟื้น (recovery emergencies) และ 14) ด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (post-surgical care)[3]

สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้นโดยตรง แต่พบการศึกษาของกานดา เลาหศิลป์สมจิตร์4 ที่ได้ทำการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 สมรรถนะหลัก 10 สมรรถนะย่อย ซึ่งสมรรถนะหลักด้านการพยาบาลวิสัญญี มีสมรรถนะย่อยในด้านการประเมินผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังได้รับยาระงับความรู้สึก โดยมีความสามารถประเมินผู้ป่วย เมื่อแรกรับและก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นได้อย่างถูกต้อง วิเคราะห์อาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที และให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังให้การรับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย[4] และการศึกษาของวิไลรัตน์ ใจพินิจ[5] โดยทำการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า สมรรถนะหลักที่สำคัญและจำเป็นสำหรับวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี ประกอบไปด้วย 8 ด้าน คือ ด้านที่ 1 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี ซึ่งมีสมรรถนะย่อยทั้งหมด 24 รายการแบ่งเป็น ด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีก่อนให้การระงับความรู้สึก 7 ข้อ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีระหว่างการระงับความรู้สึก 9 ข้อและด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีระยะพักฟื้นหลังให้การระงับความรู้สึก 8 ข้อ ซึ่งสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีระยะพักฟื้นหลังให้การระงับความรู้สึก ได้ระบุถึงความสามารถด้านการปฏิบัติการพยาบาลระยะพักฟื้นหลังให้การระงับความรู้สึก ประเมินภาวะแทรกซ้อน วินิจฉัยอาการและอาการแสดง ปฏิบัติการพยาบาลวางแผน

แก้ไขปัญหา และการประเมินผลการพยาบาล จนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้านได้[5]

สมรรถนะ (Competency) เป็นความสามารถของบุคคลที่สามารถวัดและประเมินได้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล[6] ซึ่งเป็นการให้ความหมายทุกวิชาชีพ ส่วนวิชาชีพการพยาบาลนั้น สำนักการพยาบาลได้กำหนดว่า สมรรถนะของพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของพยาบาลที่เป็นผลมาจากความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ต้องการให้มี เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานของพยาบาลบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และภารกิจขององค์กร[7] ดังนั้นการกำหนดสมรรถนะที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบุคลากรในองค์กรโดยเฉพาะพยาบาลจะทำให้ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคลส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ดีและมีคุณภาพสูงสุด[7]

การกำหนดสมรรถนะของแต่ละองค์กร อาจแตกต่างกันตามบริบทขององค์กรนั้น ๆ ขึ้นอยู่กับลักษณะขององค์กรและวัตถุประสงค์ในการนำสมรรถนะไปใช้ ในส่วนของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแบ่งออกได้ 3 ประเภท ได้แก่ 1) สมรรถนะหลัก คือ สมรรถนะที่พยาบาลวิชาชีพต้องมีเหมือนข้าราชการอื่น 2) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ คือสมรรถนะที่พยาบาลวิชาชีพใช้ร่วมกันในด้านวิชาชีพการพยาบาล 3) สมรรถนะเฉพาะที่จำเป็น คือสมรรถนะเฉพาะทางด้านการปฏิบัติงานนั้น ๆ[7]

กรอบสมรรถนะถูกใช้เป็นเครื่องมือในการระบุสมรรถนะที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา การพัฒนากรอบสมรรถนะมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับบริบทขององค์กร มาเรลลี่และคณะ[6] ได้เสนอแนวคิดการพัฒนากรอบสมรรถนะ 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ (Defining the objectives) 2) แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้สนับสนุน (Obtain the support of a sponsor) 3) พัฒนาและนำแผนการสื่อสารและแผนการให้ความรู้สู่การปฏิบัติ (Develop and implement a communication and education plan) 4) วางแผนระเบียบวิธี (Plan the methodology) 5) ระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ (Identify the competencies and create the competency model) 6) นำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้ (Apply the competency model) และ 7) การประเมินผลปรับปรุงให้ทันสมัย (Evaluate and update the competency model)[6]

ประเทศไทยมีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนากรอบสมรรถนะของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ศูนย์มะเร็งลำปาง[8] ประกอบด้วยสมรรถนะ 7 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัด 2) สมรรถนะด้านการจัดการทั่วไปในห้องผ่าตัด 3) สมรรถนะด้านความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 4) สมรรถนะด้านการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัว 5) สมรรถนะด้านการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 6) สมรรถนะด้านการสื่อสารและประสานงาน และ 7) สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือในห้องผ่าตัด การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยวิกฤตหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่[9] ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต 2) สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) สมรรถนะด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) สมรรถนะด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) สมรรถนะด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 6) สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะประคับประคองเป็นต้น เนื่องจากเป็นกรอบสมรรถนะที่เหมาะสมกับบริบททางการพยาบาล และได้ผลการศึกษาที่ดี

โรงพยาบาลลำปาง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงที่ให้บริการ 781 เตียง ซึ่งกลุ่มภารกิจด้าน

การพยาบาล เป็นองค์กรหนึ่งของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายของโรงพยาบาล โดยเน้นการบริการที่มีคุณภาพและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และมีเป้าหมายอยู่ที่ความปลอดภัย รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ให้บริการ[10]

งานห้องพักฟื้นโรงพยาบาลลำปาง มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหรือการทำหัตถการต่าง ๆ ที่เพิ่งได้รับการระงับความรู้สึกทั้งผู้ป่วยที่ฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน โดยปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลในห้องพักฟื้นมีทั้งหมด 16 คน พยาบาลห้องพักฟื้นส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกและผ่าตัด[11] การทำงานที่ผ่านมาอาศัยการสอนโดยพยาบาลวิสัญญีที่ประจำอยู่ในห้องพักฟื้น และไม่มีการกำหนดสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency) สำหรับพยาบาลห้องพักฟื้น และในการประเมินผลการปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องพักฟื้นเฉพาะ จึงทำให้ไม่ทราบถึงสมรรถนะที่ต้องการ การพัฒนาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม[3-5] พบว่ามีกรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้นในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการกำหนดกรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น และในโรงพยาบาลลำปาง พยาบาลห้องพักฟื้นทำงานโดยไม่มีกรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น ที่จะใช้สำหรับเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความเฉพาะหลังการผ่าตัดและหลังได้รับการระงับความรู้สึกและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จึงนำมาสู่ความจำเป็นของการพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น

ผู้ทำการศึกษาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปางที่มีความเหมาะสมครอบคลุมกับบริบทการทำงาน สำหรับพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปางเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารงานบุคคลและเป็นแนวทางให้พยาบาลห้องพักฟื้นได้พัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะตามกรอบสมรรถนะที่กำหนด จะทำให้พยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปางปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป และส่งผลให้พยาบาลห้องพักฟื้นสามารถดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

คำถามการศึกษา

กรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วยอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้นโรงพยาบาลลำปาง โดยประยุกต์กระบวนการพัฒนากรอบสมรรถนะของ มาเรียลลิ ทอนโดรา และฮอด์จ[6] ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้สนับสนุน 3) พัฒนาและนำแผนการสื่อสารและแผนการให้ความรู้สู่การปฏิบัติ 4) วางแผนระเบียบวิธี และ5) ระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะส่วนขั้นที่ 6) และ 7) ไม่ได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากงานวิจัยนี้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้เพียงพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้นเท่านั้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง ให้สอดคล้องกับบริบทและครอบคลุมลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง โดยเข้าพบและขอความร่วมมือจากคณะผู้บริหารของกลุ่มภารกิจด้านการ

พยาบาลโรงพยาบาลลำปาง ก่อนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 1) พยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 16 คน 2) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น อย่างน้อย 5 ปีทำหน้าที่ตรวจสอบและประเมินกรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปางได้แก่ วิสัญญีแพทย์ที่มีตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลลำปาง 1 คน หัวหน้าวิสัญญีแพทย์ที่มีตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลลำปาง 1 คน หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง 1 คน หัวหน้าห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง 1 คน และหัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง 1 คน

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ คือพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลห้องพักฟื้น ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ในโรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปจำนวน 7 คนซึ่งเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและ 2) แนวคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมสำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในความเป็นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็น ปรนัย (objectivity) โดยอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาล 2 คนและอาจารย์พยาบาลที่ดูแลนักศึกษาพยาบาล ที่ฝึกในแผนกศัลยกรรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีลำปาง 1 คนและนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่109/2019 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาจากผู้บริหารโรงพยาบาลลำปาง นอกจากนี้ผู้ทำการศึกษาได้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรง และแจ้งให้ทราบสิทธิในการเข้าร่วมการศึกษา โดยไม่มีการบังคับ ไม่มีผลกับการปฏิบัติงาน และยืนยันที่จะเก็บรักษาความลับของข้อมูลทั้งหมด โดยข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทั้งหมด หลังสิ้นสุดการศึกษาและเสนอผลของการศึกษาในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลห้องพักฟื้นจากตำรา วารสารทั้งต่างประเทศและในประเทศ และบันทึกลงแบบบันทึกข้อมูล นำมารวมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลห้องพักฟื้น โดยการบูรณาการและประมวลผลข้อมูลให้เป็นหนึ่งเดียวกัน ด้วยวิธีการจัดเป็นกลุ่มข้อมูลพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถที่มีความหมายเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมารวมไว้เป็นข้อเดียวกัน ส่วนรายการที่มีความแตกต่างกันจะจำแนกออกเป็นรายข้อ และจัดทำเป็นร่างกรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ให้ข้อเสนอแนะร่างกรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน นำมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่

หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. กรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง (ฉบับร่าง) หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถรายข้อ (I-CVI) โดยยอมรับพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อเท่ากับ 0.8-1.012 และตัดข้อที่มีค่า I-CVI ต่ำกว่า 0.8 ออก สรุปได้เป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องพักฟื้น เป็นเพศหญิงระดับการศึกษาปริญญาตรี มีอายุเฉลี่ย 38.43 ปี (SD = 9.64) มีระยะเวลาในการเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย13.29 ปี (SD = 8.36) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเฉลี่ย 8.14 ปี (SD = 3.29) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่ระหว่าง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.72 ได้รับการอบรมการระงับปวด คิดเป็นร้อยละ 57.14 ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 42.85 ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100 และได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิสัญญีหรือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาสลบ คิดเป็นร้อยละ 71.42

2. กรอบสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วยสมรรถนะจำนวน 8 ด้านและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 58 ข้อ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านการประเมินและจัดการระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วย 15 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น ความรู้ ความสามารถในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจในห้องพักฟื้นได้ เป็นต้น 2) สมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการระบบไหลเวียนโลหิต ประกอบด้วย 10 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น ความรู้ความสามารถในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต มีความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวหรือขยายหลอดเลือด เป็นต้น 3) สมรรถนะด้านการประเมินระดับความรู้สึกตัวและดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ ได้แก่ มีความรู้และสามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวตามแนวปฏิบัติการประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและหลังการระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวได้อย่างเหมาะสมตามสภาพและอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก 4) สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วย 3 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ ได้แก่ มีความรู้และสามารถประเมินภาวะอุณหภูมิกายต่ำที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกได้ สามารถให้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีความรู้และสามารถประเมิน ดูแล และให้ยาผู้ป่วยที่มีภาวะคลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ ในห้องพักฟื้นได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย 5)สมรรถนะด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วย 13 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น ความรู้ ความสามารถในการประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงจากภาวะหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น ช็อก Malignant hyperthermia (MH) เป็นต้น 6) สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Post-surgical care) ประกอบด้วย 10 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น ความรู้ ความสามารถในการประเมิน การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เป็นต้น 7) สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นและกลับบ้าน ประกอบด้วย 2 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ ได้แก่ มีความรู้และสามารถประเมินผู้ป่วยโดยใช้ระบบการให้คะแนนแบบ Modified Post Aldrete's Score ในการจำหน่ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้ และมีความรู้และสามารถใช้ระบบการให้คะแนนแบบ Modified Post Anesthesia Discharge Scoring (PADS) ในการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย 8) สมรรถนะด้านการติดตามเยี่ยม

ผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังการระงับความรู้สึก ประกอบด้วย 3 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ ได้แก่ สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยตามแบบประเมินผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยได้ สามารถประเมินความพึงพอใจในการให้บริการทางวิสัญญีและห้องพักฟื้น หลังการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยได้ และมีความสามารถในการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้ป่วยและญาติและใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย

การอภิปรายผล

สมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการระบบทางเดินหายใจ

จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการทางเดินหายใจเป็นสมรรถนะที่พยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง จำเป็นต้องมีซึ่งสอดคล้องกับข้อสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักรและไอร์แลนด์[3] เนื่องจากผู้ป่วยที่รับไว้ในห้องพักฟื้น เป็นผู้ป่วยหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยบางรายหายใจได้ปกติและผู้ป่วยบางรายหายใจผิดปกติ หรือมีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลห้องพักฟื้น ทั้งในด้านการประเมินและดูแลระบบทางเดินหายใจ โดยการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นและการหายใจไม่เพียงพอของผู้ป่วย และพยาบาลห้องพักฟื้นต้องให้การช่วยเหลือหรือแก้ไขภาวะดังกล่าวให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง[2,13] จึงถือได้ว่าสมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการระบบทางเดินหายใจเป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

สมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการระบบไหลเวียนโลหิต

จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการระบบไหลเวียนโลหิต เป็นสมรรถนะที่พยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปางจำเป็นต้องมีซึ่งสอดคล้องกับข้อสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักรและไอร์แลนด์[3] เนื่องจากผู้ป่วยที่รับไว้ในห้องพักฟื้น เป็นผู้ป่วยหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องพักฟื้น พยาบาลห้องพักฟื้นต้องประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยทันทีและต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เพื่อบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความปกติหรือผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตหรือไม่ และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อเกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตได้อย่างทันท่วงที ซึ่งการประเมินและการเฝ้าระวังผู้ป่วยนั้น พยาบาลห้องพักฟื้นต้องสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จากอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพทั้งแบบพื้นฐานและแบบพิเศษ และมีการติดตามอาการอัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิต รวมถึงการติดตามวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องและอย่างใกล้ชิด[2,14] จึงถือได้ว่าสมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการระบบไหลเวียนโลหิต เป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

สมรรถนะด้านการประเมินระดับความรู้สึกตัวและดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการประเมินระดับความรู้สึกเป็นสมรรถนะที่พยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง จำเป็นต้องมีสอดคล้องกับข้อสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้นโรงพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักรและไอร์แลนด์[3] เนื่องจากผู้ป่วยที่รับไว้ในห้องพักฟื้น เป็นผู้ป่วยหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องพักฟื้นแรกรับพยาบาลห้องพักฟื้นต้องประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ตามแนวปฏิบัติการประเมินความรู้สึกตัว Post anesthesia Recovery Score ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและหลังการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวดีหรือตื่นไม่เต็มที่ในห้องพักฟื้น เป็นผลจากยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ[2] และการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น พยาบาลห้องพักฟื้นต้องให้การดูแลและช่วยเหลือผู้

ป่วยตามระดับความรู้สึกตัวและตามอาการของผู้ป่วยเมื่อเข้ามาในห้องพักฟื้น[2,14] จึงถือได้ว่าสมรรถนะด้านการประเมินระดับความรู้สึกตัวและดูแลผู้ป่วยเป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นสมรรถนะที่พยาบาลห้องพักฟื้นโรงพยาบาลลำปาง จำเป็นต้องมี เนื่องจากผู้ป่วยที่รับไว้ในห้องพักฟื้น เป็นผู้ป่วยหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลลำปาง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดมักเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ[14] ดังนั้นพยาบาลห้องพักฟื้นต้องมีการประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยแรกรับและให้การดูแลช่วยเหลือ โดยการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายของผู้ป่วย[2] และยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ามาในห้องพักฟื้น โรงยาบาลลำปางผู้ป่วยบางรายมีภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด และทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายขณะที่อยู่ในห้องพักฟื้น[2] ซึ่งพยาบาลห้องพักฟื้นต้องประเมินภาวะคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น และเมื่อผู้ป่วยที่เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนในห้องพักฟื้น อาจเกิดภาวะเสี่ยงของการสำลักอาเจียนเข้าสู่หลอดลม ซึ่งเป็นสิ่งที่อันตรายที่สุดคือทำให้เกิดปอดอักเสบ (aspirated pneumonia) หรือทำให้เกิดทางเดินหายใจอุดกั้นได้ ซึ่งพยาบาลห้องพักฟื้นต้องให้การดูแลร่วมกับให้การแก้ไขภาวะคลื่นไส้อาเจียนให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและมีความสุขสบาย[2] จึงถือได้ว่าสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

สมรรถนะด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน

จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน เป็นสมรรถนะที่พยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปางจำเป็นต้องมีซึ่งสอดคล้องกับข้อสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักรและไอร์แลนด์[3] เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับไว้ในห้องพักฟื้น เป็นผู้ป่วยภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกในห้องพักฟื้น ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤติ มีการเปลี่ยนแปลง ของสัญญาณชีพได้ง่ายจากการได้รับยาระงับความรู้สึก การเสียเลือด และการเสียน้ำในการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออกและภาวะช็อกหลังการผ่าตัด รวมถึงผลของยาสลบที่มีผลต่อระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาท ที่มีผลต่อผู้ป่วยเมื่อมาอยู่ในห้องพักฟื้น ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในห้องพักฟื้นได้[2] ซึ่งพยาบาลห้องพักฟื้นที่ดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการและสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในห้องพักฟื้นได้[2] จึงถือได้ว่าสมรรถนะการจัดการภาวะฉุกเฉินเป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Post-surgical care)

จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด(Post-surgical care) เป็นสมรรถนะที่พยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง จำเป็นต้องมีซึ่งสอดคล้องกับข้อสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้นโรงพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักรและไอร์แลนด์[3] เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับไว้ในห้องพักฟื้น เป็นผู้ป่วยภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด และหลังจากพยาบาลห้องพักฟื้นได้รับการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากวิสัญญีพยาบาลหรือวิสัญญีแพทย์เรียบร้อยแล้ว พยาบาลห้องพักฟื้นต้องประเมินสภาพของผู้ป่วย เช่น ชนิดของแผลผ่าตัด สาย

หรือท่อระบายต่าง ๆ ที่ออกมาจากตัวผู้ป่วย และพยาบาลห้องพักฟื้นต้องประเมินสภาพของแผลผ่าตัดและท่อระบายต่าง ๆ ที่ออกมาจากตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง[2] จึงถือได้ว่าสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Post-surgical care) เป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นและกลับบ้าน

จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นและกลับบ้านเป็นสมรรถนะที่พยาบาลห้องพักฟื้นโรงพยาบาลลำปางจำเป็นต้องมี ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี[5] เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับไว้ในห้องพักฟื้นเป็นผู้ป่วยภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยทุกรายเมื่อได้รับการประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยหลังจากการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นแล้ว และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง จึงสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นได้[11] และโรงพยาบาลลำปางได้กำหนดแบบพรรณนาลักษณะงานของพยาบาลห้องพักฟื้น โดยต้องประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น[2] จึงถือได้ว่าสมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นและกลับบ้านเป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

สมรรถนะด้านการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังการระงับความรู้สึก

จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังการระงับความรู้สึกจำเป็นต้องมี ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี[5] เนื่องจากห้องพักฟื้นของโรงพยาบาลลำปาง มีนโยบายให้พยาบาลห้องพักฟื้นติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปที่หอผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละชนิดการระงับความรู้สึก รวมถึงการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแต่ละประเภท ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง และปลอดภัยจากผลข้างเคียงจากผลของการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ[15] จึงถือได้ว่าสมรรถนะด้านการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังการระงับความรู้สึกเป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาสรรหาและคัดเลือกพยาบาลที่มาปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการประเมินและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

3. พยาบาลห้องพักฟื้นสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปประเมินความสามารถของตนเองและใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเอง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง

เอกสารอ้างอิง

1. บุศรา ศิริวันสาณฑ์, พิชยา ไวทยะวิญญู, และปฏิภาณ ตุ่มทอง. Anesthesia and Perioperative care. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560
2. เบญจมาศ ปรีชาคุณ, และเบญจวรรณ ธีระเทิดตระกูล. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริ้น; 2558
3. American of Anaesthetists of Great Britain and Ireland.Immeiate Post-anaesthesia Recovery [online].2013 [cited 2018/12/11]. Available from: https://www.pubmed/ncbi/nlm/nih/gov.pdf
4. กานดา เลาหศิลป์สมจิตร์. การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการ พยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547
5. วิไลรัตน์ ใจพินิจ. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะวิสัญญีโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
6. Marrelli, A. F., Tondora, J., & Hoge, M. F. Strategies for developing competency model. Administration and Policy in Mental Health. 2005; 32(5): 533-561.
7. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. คู่มือการใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี: สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2547
8. ธนพร เพชรหาญ. การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ศูนย์มะเร็งลำปางบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
9. นรัชพร ศศิวงศากุล. การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
10. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง. แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลลำปาง. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2559-2563.
11. ห้องพักฟื้นโรงพยาบาลลำปาง.ใบกำหนดหน้าที่งาน (Job Description). ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2561.
12. Polit, D.F., & Beck, C.T. The content validity index: Are you sure you knowwhat's being report? Critique and recommendations. Research in Nursing & Health. 2006;29: 489-497.
13. ภูริพงศ์ ทรงอาจ. การดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น. ใน: อังกาบ ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, และปฏิภาณ ตุ่มทอง. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริ้น; 2556. หน้า 769-808
14. สุกัญญา เดชอาคม,อังศุมาศ หวังดี, และอัญชลา จิระกุลสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. บทความฟื้นวิชาการ [ออนไลน์]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 2561/10/10]. เข้าถึงได้จาก: https://www. Anesthai.org/public/rcat/download.pdf
15. ภาวัลย์ สุทนต์และอรวรรณ พงศ์รวีวรรณ. การเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก. วิสัญญีสาร[ออนไลน์]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2561/10/10]. เข้าถึงได้จาก : https://www.he02.tcithaijo.org/anesthai/article/download.pdf

ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

The effects of Health Education Program on Knowledge and Behaviors towards the Prevention of Opisthorchiasis among People in Sobbong sub-district, Phusang District, Phayao province.

นภาพร วงศ์วิวัฒนนุกิจ พย.ม.* **Naphaphorn Wongwiwatthananukit M.N.S.***
ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง พย.ม.* **Chadchadaporn Nuntakwang M.N.S.***

Corresponding Authors: Email: naphaphorn@gmail.com
Received: 20 July 2020, Revised: 5 Oct 0, Accepted: 7 Nov 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียวมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้และพฤติกรรมของประชาชน ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย โปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity index) ของแบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่า CVI เท่ากับ .88 และ .80 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method: KR20) ได้เท่ากับ .73 และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคส์อัลฟ่า (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้และด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกัน

* *อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: chadchadaporn.tam@gmail.com*
* *Instructor of McCormick Faculty of Nursing, Payap University.*

โรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เหมาะสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้สุขศึกษา โรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันโรค

Abstract

The purpose of this one-group quasi-experimental group research was to investigate the effects of health education program on knowledge and behaviors towards the prevention of opisthorchiasis among people in Sobbong sub-district, Phusang district, Phayao province. A total of 42 people at risk of opisthorchiasis infection were chosen using purposive sampling to participate in the study. The instruments used in this study intervention consisted of a health education program towards the prevention of opisthorchiasis, the general and demographic information questionnaire, the knowledge of the opisthorchiasis questionnaire,and the preventive behavior towards the opisthorchiasis infection questionnaire. The content validity indexes of the knowledge of the opisthorchiasis and preventive behaviors towards the opisthorchiasis infection questionnaires were found to be acceptable, with the scores of .88 and .80 respectively. The Kuder-Richardson reliability of the knowledge related to the opisthorchiasis infection questionnaire was .73, while the overall Chronbach's coefficient alpha reliability of the preventive behavior towards the opisthorchiasis infection questionnaire was .95. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t– test. The level of significance was set at alpha .05.

The results showed the overall mean for knowledge and the preventive behaviors scores towards the opisthorchiasis infection were significantly improved after completing the health education program ($p < .001$). The findings of this study indicate the health education program to promote prevention of opisthorchiasis worked to reduce opisthorchiasis infection in the at-risk population group in Sobbong sub-district, Phusang district, Phayao province.

Keywords: Health education program, Opisthorchiasis, Knowledge preventive behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาธิใบไม้ตับ (Opisthrochis viverrini [OV]) เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จากการศึกษาวิจัยทางห้องปฏิบัติการสนับสนุนว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี อีกทั้งยังพบว่าพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพของตับและท่อทางเดินน้ำดีรวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีด้วย[1] เนื่องจากปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ[2] ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจึงจัดอันดับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคสำคัญและยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และโรคมะเร็งตับ[3] นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับเป็นโรคที่รุนแรงมาก และเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก จัดเป็น 1 ใน 10 อันดับของสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตสูงที่สุดของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของประเทศไทย และยังพบว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่เกิดในผู้ชายไทยที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 และพบมากเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด อีกทั้งยังพบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 2-3 เท่า[4]

จากสถิติพบว่าสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น โดยคณะนักวิจัยจากคณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าคนไทย 10% หรือ 6 ล้านคน ติดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ[5] โดยมีสาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด Opisthorchis viverrini ซึ่งเป็นตัวปรสิตที่พบในปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ด เช่น ปลาตะเพียน ปลาขาว ปลาสร้อย ปลากะสูบ ปลาแม่สะแด้ง ปลาชิว ปลาแก้มช้ำ ปลาขาวนา เป็นต้น เมื่อคนรับประทานปลาน้ำจืดเหล่านี้แบบสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ทำเป็น ก้อย ปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาส้ม ปลาร้าที่หมักไม่เกิน 1 สัปดาห์ โดยตัวอ่อนของพยาธิสามารถไชเข้าไปเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีและมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 20 ปี และจะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในท่อน้ำดีและเกิดเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด[5] ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มากกว่า 6 ล้านคน มีการศึกษาพบว่าพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ และเป็นตัวการสำคัญในการก่อมะเร็งตามเกณฑ์องค์กรนานาชาติมะเร็ง (International Agency for Research on Cancer, IARC) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ทั้งนี้อัตราการป่วยตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ[6]

จากรายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในจังหวัดพะเยา พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2558 อยู่ในระดับปานกลาง (36.28 – 45.61 ต่อประชากร 100,000 คน) ทั้งนี้เฉพาะในเขตตำบลสบบง อำเภอภูซาง พบอุบัติการณ์ป่วยตายสูงที่สุด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 – 2559 พบอัตราตายสูงเป็นอันดับ 1 (201 ต่อประชากร 100,000 คน) ซึ่งสูงกว่าอัตราตายจากโรคหัวใจหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ[7] อีกทั้งเขตตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา เป็นพื้นที่ติดขอบชายแดนและบริเวณดังกล่าวมีสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์มีแม่น้ำลาวเป็นแม่น้ำสายหลักที่ไหลผ่าน มีลำห้วย บึง และคลอง เป็นแหล่งอาหารที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยปลาน้ำจืด ส่งผลให้ประชาชนนิยมบริโภคปลาดิบซ้ำ ๆ ประกอบกับข้อมูลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระของประชากรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลสบบง พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 8.75 และ 10.83 ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมีแนวโน้มสูงขึ้น[8] สอดคล้องกับเกณฑ์ตัวชี้วัด อัตราความชุกที่มากกว่าร้อยละ 10.00 ของทุกปี ซึ่งเกณฑ์ตัวชี้วัดอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิไม่เกินร้อยละ 10[8]

จากการศึกษาข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่ายังไม่มีโครงการที่ช่วยส่งเสริมป้องกันการเกิด

โรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงนี้[7] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการให้สุขศึกษา (Health promotion) ซึ่งเป็นผลรวมของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อให้บุคคล กลุ่ม และชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยความสมัครใจ นอกจากนี้สุขศึกษายังมีความสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนเขาถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เสริมพลังให้บุคคลและชุมชนมีความสามารถในการจัดการและควบคุมสุขภาพตนเอง ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม อีกทั้งการให้สุขศึกษาเป็นบทบาทพยาบาลที่สำคัญอีกด้วย ดังนั้นการให้สุขศึกษาจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีรายงานการศึกษาของ ศิวัชญ์ ทองนาเมือง และรุจิรา ดวงสงค์[1] เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมียวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาของ รุจิรา ดวงสงค์และคณะ[9] เกี่ยวกับโครงการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดขอนแก่น กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแนวคิดการให้สุขศึกษา (Health education) ก่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อกลุ่มตัวอย่าง คล้ายกันกับการศึกษาของ บัวจันทร์ ธงเชื้อ, ปัทมา คำฟู และสุทธิพันธ์ ถนอมพัน[10] เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้โปรแกรมการอบรมให้ความรู้ พบว่า คะแนนความรู้ด้านการล้างมือหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังนั้นการนำแนวคิดการให้สุขศึกษามาประยุกต์ใช้ย่อมก่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดทำโปรแกรมการให้สุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย 2) กิจกรรมอบรมนำพาให้รู้จักพยาธิใบไม้ตับ (นำพาให้รู้จัก พยาธิใบไม้ตับ อสรพิษในปลาดิบ) 3) กิจกรรมจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เธอรู้ ฉันรู้ พยาธิใบไม้ตับ) 4) กิจกรรมคำขวัญรณรงค์งดบริโภคปลาดิบ พิชิตใจคนภูซาง (ลด ละ เลิก ปลาดิบ) 5) กิจกรรมคำมั่นสัญญาใจ ให้ห่างไกลปลาดิบ จากโปรแกรมการให้สุขศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความมุ่งหวังเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ทั้งด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมากยิ่งขึ้น และยังเป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เลิกรับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือปรุงไม่สุก ซึ่งเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีหรือมะเร็งตับได้ด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

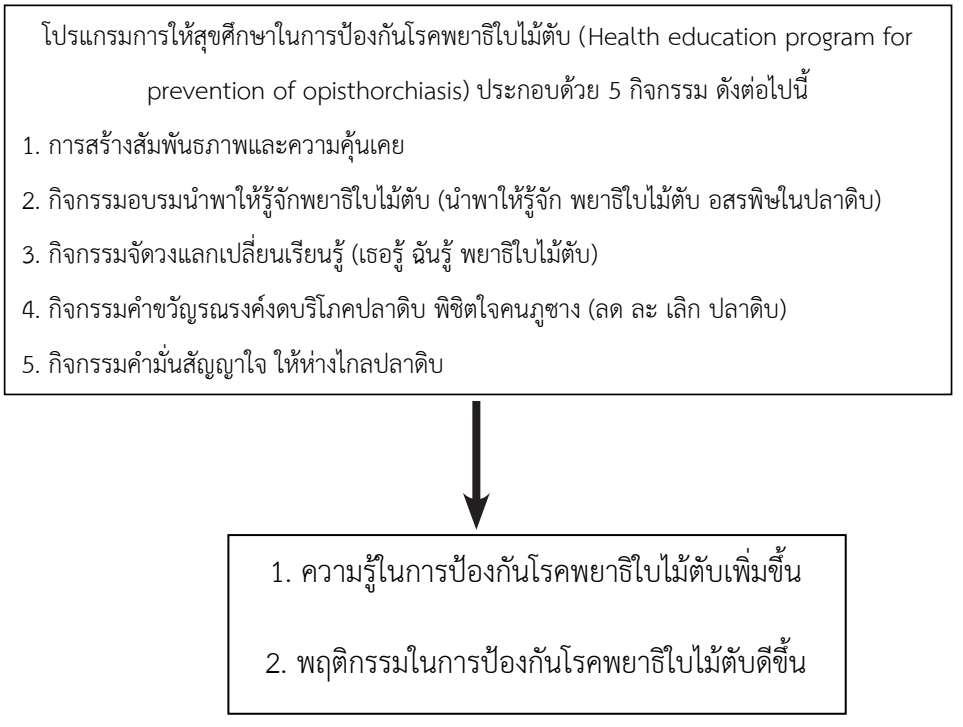
เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

สมมติฐานงานวิจัย

คะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวความคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการให้สุขศึกษา (Health education) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย 2) กิจกรรมอบรมนำพาให้รู้จักพยาธิใบไม้ตับ (นำพาให้รู้จัก พยาธิใบไม้ตับ อสรพิษในปลาดิบ) 3) กิจกรรมจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เธอรู้ ฉันรู้ พยาธิใบไม้ตับ) 4) กิจกรรมคำขวัญรณรงค์งดบริโภคปลาดิบ พิชิตใจคนภูซาง (ลด ละ เลิก ปลาดิบ) และ 5) กิจกรรมคำมั่นสัญญาใจ ให้ห่างไกลปลาดิบ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษา ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยวัดจากคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีประวัติตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ค่าระดับนัยสำคัญหรือค่าแอลฟาเท่ากับ .05 แต่เนื่องจากไม่ปรากฏงานวิจัยที่มีตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่เหมือนกัน การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .5 ซึ่งมีค่าปานกลาง จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Polit & Beck[11] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 41 คน แต่ได้เก็บเพิ่ม 1 คน รวมเป็น 42 คน ทั้งนี้เมื่อมีการยุติการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระหว่างการศึกษา จะได้มีกลุ่มตัวอย่างทดแทน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ที่พัฒนามาจากแนวคิดการให้สุขศึกษามาประยุกต์ใน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย 2) กิจกรรมอบรมนำพาให้รู้จักพยาธิใบไม้ตับ (นำพาให้รู้จัก พยาธิใบไม้ตับอสรพิษในปลาดิบ) 3) กิจกรรมจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เธอรู้ ฉันรู้ พยาธิใบไม้ตับ) 4) กิจกรรมคำขวัญรณรงค์งดบริโภคปลาดิบ พิชิตใจคนภูซาง (ลด ละ เลิก ปลาดิบ) และ 5) กิจกรรมคำมั่นสัญญาใจ ให้ห่างไกลปลาดิบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ใช้รวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้สุขศึกษา ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ อาชีพ และระดับการศึกษา

ตอนที่ 2 แบบประเมินเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยขออนุญาตดัดแปลงของ อภิชิต แสงปราชญ์[12] และคู่มือกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ สำหรับประชาชนของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[13] โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ จำแนกเป็นข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 16 ข้อ และเป็นข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก ตอบถูก ได้คะแนนเท่ากับ 1 และ ตอบผิด ได้คะแนนเท่ากับ 0

ตอนที่ 3 แบบประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยขออนุญาตดัดแปลงของ อภิชิต แสงปราชญ์[12] และคู่มือกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ สำหรับประชาชนของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[13] โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงประเมินค่า (Rating scale)

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบาดวิทยา 1 ท่าน จากนั้นนำมาหาค่าความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity index) ซึ่งแบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่า CVI เท่ากับ .88 และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่า CVI เท่ากับ .80 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข พิจารณาหาความตรงของเครื่องมือทั้งความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาต่อไป

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยแบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method: KR20) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .73 และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเพื่อเข้าเก็บข้อมูล จากสำนักวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยพายัพ จ.เชียงใหม่ โดยได้ทำหนังสือ ถึงนายอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ตามหนังสือเลขที่ มพย. 0203/ 23 สิงหาคม 2561 เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน

2. คัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัยโดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัย จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี และทำการอบรม

ผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง ขั้นตอนการเข้าถึงและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือวิจัย การเตรียมและลงบันทึกข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือ ถึง สาธารณสุขอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา เพื่อขอเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ช่วยนักวิจัย คือ นายสงกรานต์ สมนาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ตามหนังสือเลขที่ มพย. 0203/ 23 สิงหาคม 2561 เป็นผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งมีคุณสมบัติดังที่กล่าวมา

3. ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ช่วยนักวิจัย และทีม อสม. ประจำตำบลสบบง อ. ภูซาง จ. พะเยา ในวันที่ 11 สิงหาคม 2561 เพื่อขอเอกสาร ข้อมูลเพิ่มเติม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

4. ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษา ดังนี้

1) ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 42 คน โดยใช้แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าโปรแกรมการให้สุขศึกษา

2) ครั้งที่ 2 กิจกรรมอบรมนำพาให้รู้จัก พยาธิใบไม้ตับ อสรพิษในปลาดิบ ในสัปดาห์ที่ 3 เป็นกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (นำพาให้รู้จัก พยาธิใบไม้ตับ อสรพิษในปลาดิบ) โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 42 คน มาทำกิจกรรมร่วมกัน และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้วิธีการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Power point และเปิดโอกาสให้ซักถาม แจกคู่มือกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชน และแผ่นพับให้ความรู้นำพาให้รู้จัก พยาธิใบไม้ตับ อสรพิษในปลาดิบ เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง สามารถนำไปอ่านที่บ้านได้

3) ครั้งที่ 3 กิจกรรมจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เธอรู้ ฉันรู้ พยาธิใบไม้ตับ) ในสัปดาห์ที่ 5 เป็นกิจกรรมการรับรู้ประโยชน์เพื่อสร้างเสริมความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (เธอรู้ ฉันรู้ พยาธิใบไม้ตับ) โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 42 คน มาทำกิจกรรมร่วมกัน โดยแบ่งกลุ่มย่อย เป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน จัดให้ทุกคนพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง พยาธิใบไม้ตับกับความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จากนั้นแต่ละกลุ่มนำเสนอในรูปแบบต่าง ๆ กลุ่มละ 15 นาที พร้อมสรุปและซักถามข้อสงสัย

4) ครั้งที่ 4 กิจกรรมคำขวัญรณรงค์งดบริโภคปลาดิบ พิชิตใจคนภูซาง ในสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์เพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (ลด ละ เลิก ปลาดิบ) โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 42 คน และมอบหมายให้กลุ่มย่อยทั้ง 6 กลุ่มแต่งคำขวัญ โดยเน้นการรณรงค์งดบริโภคปลาดิบ หรือปรุงไม่สุก หลังจากนั้นมีการประกวดคำขวัญ เล่นเกมส์ตอบคำถาม และแจกรางวัล สุดท้ายของกิจกรรมให้ทำสัญญาใจลด ละ เลิก ปลาดิบ เวลาทำกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง

5) ครั้งที่ 5 กิจกรรมคำมั่นสัญญาใจ ให้ห่างไกลปลาดิบ ในสัปดาห์ที่ 24 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อรวบรวมข้อมูลหลังเข้าโปรแกรมการให้สุขศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามหนังสือเลขที่ ศธ ๖๕๙๓ (๗.๑๕.๒) /จธ. ๒๙๘ วันที่ 26 มิถุนายน 2561 จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบรวมทั้งอธิบายสิทธิ

ในการเข้าร่วมหรือสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ Paired t – test วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อน-หลังการทดลอง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา พบว่า โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.19 ส่วนเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 23.81 มีอายุต่ำที่สุดคือ 39 ปี อายุมากที่สุดคือ 72 ปี และอายุเฉลี่ยคือ 54 ปี เมื่อจำแนกตามอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 78.57 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 11.91 และอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 9.52 ส่วนระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 83.34 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา หรือ ปวช. ร้อยละ 9.52 มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้เรียน คือ ร้อยละ 4.76 และมีการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือ ปวส.น้อยที่สุด ร้อยละ 2.38 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n = 42)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	76.19
หญิง	10	23.81
อายุ (ปี)		
30-39		2.38
40-49	1	40.48
50-59	17	28.57
60-69	12	21.43
70-79	9	7.14
($\bar{x}$ = 54, S.D. = 9.18: Min=39, Max=72)	3	

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n = 42)	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม (ทำนา/ ทำไร่/ ทำสวน/ เลี้ยงสัตว์)	33	78.57
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	5	11.91
รับจ้าง/ ลูกจ้างเอกชน	4	9.52
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	4.76
ประถมศึกษา	35	83.34
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	4	9.52
อนุปริญญา หรือ ปวส.	1	2.38

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษา

คะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 19.19 (S.D.=0.70) ซึ่งมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .001 ซึ่งก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพียง 15.12 (S.D.=2.78) ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยเท่ากับ 27.29 (S.D.=2.31) ซึ่งมากกว่าก่อนให้โปรแกรมโดยมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยเพียง 16.98 (S.D.= 3.45) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .000) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		*p*-value
		S.D.		S.D.	
คะแนนเฉลี่ยความรู้	15.12	2.78	19.19	0.70	< .001
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม	16.98	3.45	27.29	2.31	< .000

อภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอธิบายได้ว่าการได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษา ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการให้สุขศึกษา เพื่อมุ่งหวังให้เกิดความรู้ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องย่อมส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเป็นไปได้และยั่งยืน เพราะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต ดังนั้นการให้สุขศึกษาจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภกนก หันทยุง[14] ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของกัญญาพัชญ์ จาอ้าย จีราภา บุษยาวรรณ และภัสธารีย์ นินเจริญวงษ์[15] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมการนับลูกดินของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทใหญ่ โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นได้ว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมการให้สุขศึกษาครั้งนี้ ถือเป็นเทคนิควิธีหนึ่งในการให้สุขศึกษาที่สามารถนำประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

เมื่อพิจารณาทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีรายงานการศึกษาของกาญจนา ฮามสมพันธ[17] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าภายหลังการทดลองหัวหน้าครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม และช่วยสนับสนุนงบประมาณในด้านต่าง ๆ เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภคปลาดิบ เช่น การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เป็นต้น

2. การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ และมีส่วนร่วมทุกคน กระตุ้นให้ทุกคนมีความกระตือรือร้น สนใจที่จะซักถามความรู้เพิ่มเติมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ไปประยุกต์

2. เพื่อขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา โดยศึกษาถึงพฤติกรรมของประชาชนในระยะยาวเกิน 1 ปี ต่อไปว่าโปรแกรมนี้ทำให้ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคปลาดิบสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบริโภคปลาดิบได้ยั่งยืนหรือไม่ เพื่อทราบประสิทธิผลและความยั่งยืนของการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน เพื่อมุ่งหวังผลในการนำไปพัฒนาใช้ในระดับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

2. การจัดกิจกรรมในชุมชนแต่ละครั้งต้อง

ทราบวิถีการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีในชุมชน ซึ่งจะช่วยทำให้การนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนประสบผลสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม และไม่กระทบกับภารกิจหน้าที่การงานหลักของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1. ศิวัชญ์ ทองนาเมือง และรุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.) 2555; 12(2):80-91.
2. Bragazzi MC, Cardinale V, Carpino G, Venera R, Semeraro R, Gentile R, Gaudio E, Alvaro D. Cholangiocarcinoma: Epidemiology and risk factors. Translational Gastrointestinal Cancer 2012;1:21-32.
3. กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสริน ศุกลปักษ์ และนารีรมย์ รัตนสัมฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
4. Sripa B, Tangkawattana S, Laha T, Kaewkes S, Mallory F, Smith J, Wilcox B. Toward integrated opisthorchiasis control in northeast Thailand: the Lawa project [Internet]. 2014 [cited 2016 November 7] Available from: http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
5. โกศล รุ่งเรืองชัย. พยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2560] เข้าถึงได้จาก: http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/epl/articledetail.asp?id=779.
6. Kaewpitoon N, Koontanavanichpong N, Kompor P, Chavenkun W, Kujapun J, Norkaew J, Ponphimai S, et al. Review and Current Status of Opisthorchis viverrini Infection at the Community Level in Thailand. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2015; 16:6826-6830.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบบง. สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2559 (อัดสำเนา). พะเยา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา; 2559.
8. พรชนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ฐิติมา วงศาโรจน์ และทัชญาณี บุตรจินดา. เกณฑ์ตัวชี้วัดอัตราความชุกโรคหนอนพยาธิ. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2560] เข้าถึงได้จาก: http://kmddc.go.th/Library/banner/amphur 2012/Helminths.
9. รุจิรา ดวงสงค์, จุฬาภรณ์ โสตะ, ไพบูรณ์ สิทธิถาวร, พงษ์เดช สารการ และสุพรรณี ศรีอาพร. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น (ระยะที่ 2). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. บัวจันทร์ ธงเชื้อ, ปัทมา คำฟู และสุทธิพันธ์ ถนอมพัน. ผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์.วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ 2560; 23(2):12-25.
11. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott; 2012.

12. อภิชิต แสงปราชญ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี (ปริญญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553.
13. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2560] เข้าถึงได้จาก: http://elib.ddc.moph.go.th/pdf/eb388/eb388.pdf.
14. ศุภกนก หันทยุง. ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2558; 10(1):40-53.
15. กัญญาพัชญ์ จาอ้าย จีราภา บุษยาวรรณ และภัสธารีย์ นินเจริญวงษ์. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมการนับลูกดินของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทใหญ่ โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่.วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ 2560; 23(1):32-42.
16. นิตยา เพ็ญศิรินภา. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2561] เข้าถึงได้จาก: https://www.stou.ac.th/schools/shs/DOCUMENTS/54126.pdf.
17. กาญจนา ฮามสมพันธ์ จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และจิราพร วรวงศ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23(2):9-23.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัว ของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ

Relationship among Perceived Burden of Caring Elderly with Chronic Illness, Family Relationship, Ability to Perform Activities of Daily Living (ADL), and Cognitive Function of Elderly with Chronic Illness in the North of Thailand

จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์ พย.ม.* Chulawaree Chaiwongnakkapun M.N.S.*

ปริมล หงษ์ศรี พย.ม.* Parimon Hongsri M.N.S.*

ปิ่นนเรศ กาศอุดม ปร.ด. Pinnarate Gadudom Ph.D.**

Corresponding Authors: chulawaree@gmail.com

Received: 8 Oct 2020, Revised: 2 Nov 2020, Accepted: 3 Dec 2020

บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือจำนวน 392 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง แบบบันทึกคุณลักษณะและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบวัดสมรรถภาพของสมอง (TMSE) แบบประเมินการรับรู้ภาระดูแลของผู้ดูแล และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล โดยแบบประเมินและแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94, 0.93, 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณาและสถิติหาความสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีอายุเฉลี่ย 77.30 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.15 มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับสูงหรือพึ่งพาน้อยมาก (mean=13.79, SD=7.01) และมีความบกพร่องทางสมองระดับปานกลาง (mean=20.58, SD=8.84) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 71.94 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 73.97 เดือน และมีจำนวนชั่วโมง

* *อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่*

* *Nursing Instructor of Boromrajonani College of Nursing, Phrae*

** *ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่*

** *Director of Boromrajonani College of Nursing, Phrae*

ในการดูแลเฉลี่ย 14.68 ชั่วโมงต่อวัน มีการรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง (mean=49.88 SD=10.76) และมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง (mean=52.46 SD=11.56) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบ การรับรู้ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุ (r=-0.16-0.28, p<.01)

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังลง และช่วยให้กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีคุณภาพเกิดความยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ภาระการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพทางสมอง

Abstract

Caring elderly with chronic illness for long time may lead to care burden among caregivers. This descriptive study aimed to investigate the relationship among perceived burden of caring elderly with chronic illness, family relationship, ability to perform activities of daily living (ADL), and cognitive function of elderly with chronic illness, in the North of Thailand. The sample were 392 caregivers, recruited by a multi-stage random sampling. Research instruments were record forms obtaining information about elderly with chronic illness and care characteristics, ADL performance ability scale, Thai mental status Examination (TMSE), family relationship questionnaire, and care burden questionnaire. The last four instruments were tested their internal reliability and Cronbach's alpha coefficient were report with 0.94, 0.93, 0.89, and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and correlation analysis. The findings revealed that, regarding elderly with chronic illness, there have an average man age of 77.30, and about 70.15% of those were female. The three most chronic illness reported were hypertension, diabetes mellitus, and muscle and skeletal diseases. While there was a high level of the ability to perform ADL (mean=13.79, SD=7.01), cognitive function was reported at a moderate level (mean=20.58, SD=8.84). Regarding caregivers, most of those were female (71.94%), and the mean average period of experience as caregiver was 73.97 months and 14.68 hours per day. The caregivers reported a moderate level of care burden (mean=49.88 SD=10.76), and of family relationship (mean=52.46 SD=11.56). Correlation analysis revealed that perceived care

burden among caregivers had negative relation to family relation, ability to perform ADL, and cognitive function (r=-0.16-0.28, p<.01).

Conclusion, the findings can be used to reduce the perceived burdens of family caregivers by promoting good relationships among the family members of family caregivers, allowing the elderly to participate in activities, which will motivate the elderly toward improving ADL performance ability and delay age-related cognitive degeneration among elderly patients with chronic illness. In addition, to contribute the quality and sustainable process of providing care for elderly patients with chronic illness with quality and long-term sustainability.

Keywords: perceived family caregiver burden, family relationship, ability to perform activities of daily living, cognitive functional abilities

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรซึ่งมีการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2583 พบว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ในพ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ.2583 ทั้งนี้สัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด เป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ[1]

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากกระบวนการชราภาพ ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติและก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา [2] โรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มี 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ อัมพาต/อัมพฤกษ์ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ และโรคมะเร็ง โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) มีสัดส่วนของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลายพบอุบัติการณ์ของโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์สูง ซึ่งจากการสำรวจในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 69.3 ของประชากรในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรัง โดยพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป มีการพยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553, 2563 และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำนวนถึง 499,837 คน, 741,766 คน และ 1,103,754 คน ตามลำดับ[3]

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพาจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลบางครั้งอาจเป็นภาระงานที่หนักและซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง หากไม่สามารถปรับบทบาทหรือเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ ผู้ดูแลจะรับรู้ว่ามีภาระการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังได้ ซาริท (Zarit) ได้ให้ความหมายของภาระการดูแล (burden) ว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับ อารมณ์ จิตใจ สุขภาพร่างกาย ชีวิตในสังคมและเศรษฐกิจ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระจากการดูแลแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา ทักษะการดูแล ความรู้ที่ถูกต้องของ

ผู้ดูแลในเรื่องโรคของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และด้านผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย รวมทั้งความยาวนานและความรุนแรงของผู้ป่วย[4] ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังภายใต้วัฒนธรรมไทย สามารถจำแนกได้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีระยะเวลายาว ต้องดูแลใกล้ชิดเกือบ 24 ชั่วโมงเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสพักผ่อน เกิดอาการเหนื่อยล้าและเกิดปัญหาสุขภาพตามมา 2) ด้านจิตใจ ก่อให้เกิดภาวะเครียดเกิดจากผู้ดูแลมีข้อจำกัดในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับและให้การดูแลเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกเครียดจนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้สูงอายุ 3) ด้านสังคม ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนและแหล่งสนับสนุนลดลง ทำให้ขาดโอกาสทางสังคมและอาจเกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้องได้4) ด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้และหนี้สินผู้ดูแลจะมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลมีการแสวงหาการรักษาสูงขึ้น เสียโอกาสในการประกอบอาชีพตนเอง และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลมากที่สุด โดยมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคม[5]

จากการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะลดลงเมื่อสัมพันธภาพของผู้ดูแล ครอบครัว และผู้สูงอายุดี โดยผู้ดูแลจะพยายามให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังอย่างดีที่สุด และในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพอันแน่นแฟ้น สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ จะให้การสนับสนุนและช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังด้วย และเมื่อผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะลดลง ซึ่งหากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีข้อจำกัดหรือมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือมากขึ้น ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดและรับรู้ถึงภาระการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น[6] การรับรู้ภาระการดูแลจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังลดลง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงจะมีความต้องการในการดูแลเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 49.06 รับรู้ว่ามีภาระการดูแลอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เฉลี่ย 3.6 ปี และให้การดูแลมากกว่า 70 ชั่วโมงต่อสัปดาห์[7]

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ คุณลักษณะพื้นฐานและลักษณะการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแล การรับรู้ภาระการดูแลและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง และนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะพื้นฐาน และลักษณะการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือเป็นอย่างไร
2. คุณลักษณะพื้นฐาน และลักษณะการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือเป็นอย่างไร
3. การรับรู้ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถใน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดภาระการดูแลของซาริท (Zarit) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การรับรู้ภาระจากการดูแลจะสัมพันธ์กับด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ สมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ คุณลักษณะพื้นฐานและลักษณะการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่พักอาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ โดยผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) [8] ได้จำนวน 380 คน โดยจะเก็บข้อมูลเพิ่มจากจำนวนที่ต้องการร้อยละ 10 เพื่อลดปัญหาการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 418 คน โดยกำหนด คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

ผู้ดูแล

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ และสามารถตัดสินใจเองได้

2. เป็นผู้ดูแลหลักโดยไม่ได้รับค่าจ้างและมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังฉันท์เครือญาติ

3. เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังหลักรับผิดชอบดูแลอย่างใกล้ชิด มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

5. มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

2. เป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือเป็นภาวะเสื่อมตามวัยไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีบุคคลอื่นคอยดูแลช่วยเหลือ

3. มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้สูงอายุ

ป่วยเรื้อรังอยู่ในระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง ไตวาย หัวใจ หรือ โรคทางจิตเวช เป็นต้น หรือ กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบแผนการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน[9] มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัดในเขตภาคเหนือมีทั้งสิ้น 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และ แม่ฮ่องสอน โดยการสุ่มแบบกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง แพร่ และ พะเยา

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอและตำบลจากจังหวัดที่สุ่มได้ ซึ่งกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดเป็นร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 418 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างของจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง พะเยา และ แพร่ จำนวน 105, 105, 104 และ 104 คน ตามลำดับ

ขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง พะเยา และ แพร่ ได้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 97, 99, 96 และ 100 คน ตามลำดับ และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนรวมทั้งสิ้น จำนวน 26 คน จึงไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นผู้ดูแล จำนวน 392 คน และผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง จำนวน 392 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 ข้อมูลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคที่เจ็บป่วย เพศ อายุ การรักษาที่ได้รับ และการพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

1.2 คุณลักษณะของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังและศาสนา และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่รับผิดชอบดูแล ประสบการณ์การดูแล เหตุผลการดูแล กิจกรรมการดูแล ผู้ช่วยในการดูแลความเกี่ยวข้องของผู้ช่วยในการดูแล และปัญหาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแล

2. แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล ใช้แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุของปิ่นนเรศ กาศอุดม[10] ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล (Zarit Burden Interview) ของซาริท (Zarit) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ภาระการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ เป็นแบบประมาณค่าตั้งแต่ 0-4 (ไม่เคยเลย = 0 คะแนน นาน ๆ ครั้ง = 1 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนน บ่อยครั้ง = 3 คะแนน และประจำ = 4 คะแนน) มีจำนวน 22 ข้อ คะแนนเต็ม 88 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0-20 หมายถึง ไม่รู้สึกมีภาระในการดูแล

คะแนน 21-40 หมายถึง รู้สึกมีภาระในการดูแลระดับน้อย

คะแนน 41-60 หมายถึง รู้สึกมีภาระในการดูแลระดับปานกลาง

คะแนน 61-88 หมายถึง รู้สึกมีภาระในการดูแลระดับมาก

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง เป็นการประเมินรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ประเมินได้จากการได้รับการตอบสนองจากสมาชิกในครอบครัว ในด้านการแสดงความรัก ความผูกพัน ความรักใคร่ปรองดองกัน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ดัดแปลงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของรีชาร์ด ซีแครนแดล (Crandall) อ้างในปิ่นนเรศ กาศอุดม[11] เป็นแบบประมาณค่าตั้งแต่ 1-5 (ไม่เคยเลย = 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน บางครั้ง = 3 คะแนน บ่อยครั้ง =

4 คะแนน และประจำ = 5 คะแนน) มีจำนวน 16 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 16-37 คือกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อย

คะแนน 38–58 คือกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง

คะแนน 59–80 คือกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับมาก

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ซึ่งใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม แบ่งค่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-4 คือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับต่ำที่สุดหรือพึ่งพาทั้งหมด

คะแนน 5-8 คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับต่ำหรือพึ่งพามาก

คะแนน 9-11 คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางหรือพึ่งพาปานกลาง

คะแนน 12 ขึ้นไป คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับสูงหรือพึ่งพาน้อย หรือไม่พึ่งพาเลย

5. แบบวัดสมรรถภาพทางสมอง สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง ศิริราชพยาบาล เป็นฉบับผู้สูงอายุ หรือ TMSE (Thai Mental State Examination)[13] มีจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0–17 คือ กลุ่มที่มีความบกพร่องด้านความรู้ความเข้าใจในระดับรุนแรง

คะแนน 18–23 คือ กลุ่มที่มีความบกพร่องด้านความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง

คะแนน 24–30 คือ กลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่

1.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งได้ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาและมีการปรับปรุงแก้ไขจนเป็นมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอสูงเม่นและอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในฉบับภาษาไทย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.94

1.2 แบบวัดสมรรถภาพทางสมองของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง ซึ่งได้ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาและมีการปรับปรุงแก้ไขจนเป็นมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอสูงเม่นและอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในฉบับภาษาไทย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.93

2. แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลและแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นญาติผู้ดูแล ในเขตอำเภอสูงเม่นและอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำ

นักวิจัย ซึ่งผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา โดยผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้ผ่านการชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือวิจัยในการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จนมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลแล้ว โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือถึงสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่แต่ละจังหวัด

2. ประสานกับสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ที่สุ่มได้ และนัดหมายวัน เวลา ในการรวบรวมข้อมูล

3. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแบบยกเว้น จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เอกสารเลขที่ 005/2561 ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2561

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ดูแล และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง โดยใช้ค่าสหสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

โรคที่เจ็บป่วย/อาการที่พบในผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 71.94, 39.76 และ 22.70 ตามลำดับ ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.15 เพศชาย ร้อยละ 29.85 มีอายุเฉลี่ย 77.30 ปี (range= 60-97, SD = 8.50) ยังคงได้รับการรักษาอยู่ ร้อยละ 84.44 การรักษาที่ได้รับเกือบทุกคน คือ ยารับประทาน ร้อยละ 87.31 และไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 85.71

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n = 392)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
Mean =13.79, S.D.=7.01, range = 4-16		
1. ระดับต่ำที่สุดหรือพึ่งพาทั้งหมด	62	15.82
2. ระดับต่ำหรือพึ่งพามาก	114	29.08
3. ระดับปานกลางหรือพึ่งพาปานกลาง	99	25.26
4. ระดับสูงหรือพึ่งพาน้อยมาก	117	29.85

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูงหรือพึ่งพาน้อยมาก ร้อยละ 29.85 รองลงมาเป็นระดับระดับต่ำหรือพึ่งพามาก ปานกลางหรือพึ่งพาปานกลาง และระดับต่ำสุดหรือพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 29.08, 25.26 และ 15.82 ตามลำดับ มีคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 13.79 (range = 4-16, SD=7.01) อยู่ในระดับสูงหรือพึ่งพาน้อยมาก

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังจำแนกตามระดับสมรรถภาพทางสมอง (n = 392)

ระดับสมรรถภาพทางสมอง	จำนวน	ร้อยละ
Mean = 20.58, S.D.= 8.84, range = 17-29		
1. มีความบกพร่องในระดับรุนแรง	57	19.64
2. มีความบกพร่องในระดับปานกลาง	214	54.59
3. อยู่ในระดับปกติ	101	25.77

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.59 รองลงมาระดับปกติ และระดับรุนแรง ร้อยละ 25.77 และ 19.64 ตามลำดับ มีคะแนนสมรรถภาพทางสมองเฉลี่ย 20.58 (range=17-29, S.D.=8.84) อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.94 มีอายุเฉลี่ย 53.50 ปี (range 24-67, S.D. = 14.19) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นบุตร ร้อยละ 43.11 รองลงมาเป็นคู่สมรส แบ่งเป็นภรรยา ร้อยละ 17.35 สามี ร้อยละ 10.71 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.39

กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้แก่ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ คือ การให้กำลังใจปลอบใจ ร้อยละ 66.33 มีจำนวนผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ดูแล 1 คน ร้อยละ 75.51 เหตุผลการดูแลที่พบมากที่สุด คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล ร้อยละ 78.06 ผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์การดูแล ร้อยละ 85.71 และไม่มีผู้ช่วยในการดูแล ร้อยละ 64.29 ความเกี่ยวข้องของผู้ช่วยในการดูแลที่พบมากที่สุด คือ บุตร ร้อยละ 48.57 รองลงมา คือ พี่น้อง ร้อยละ 27.14 และพบว่ามีปัญหาในการดูแล ร้อยละ 77.55 ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเฉลี่ย 73.97 เดือน และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเฉลี่ย 14.68 ชั่วโมงต่อวัน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ภาระในการดูแล (n = 392)

ระดับการรับรู้ภาระในการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
Mean = 49.88, S.D.= 10.76, range = 35-71		
1. ไม่รู้สึกมีภาระในการดูแล	11	2.82
2. รู้สึกมีภาระในการดูแลระดับน้อย	100	25.51
3. รู้สึกมีภาระในการดูแลระดับปานกลาง	262	66.84
4. รู้สึกมีภาระในการดูแลระดับมาก	19	4.85

จากตารางที่ 3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.84 รองลงมา เป็นระดับน้อย ระดับมาก และไม่รู้สึกมีภาระในการดูแล ร้อยละ 25.51, 4.85 และ 2.82 ตามลำดับ ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลเฉลี่ย 49.88 (range = 35-71, S.D.= 10.76) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง (n = 392)

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
Mean =52.46, S.D.=11.56, range = 31-70,		
1. สัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อย	80	20.41
2. สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง	251	64.03
3. สัมพันธภาพในครอบครัวระดับมาก	61	15.56

จากตารางที่ 4 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.03 รองลงมา เป็นระดับน้อยและระดับมาก ร้อยละ 20.41 และ 15.56 ตามลำดับ มีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเฉลี่ย 52.46 (range = 31-70, S.D.=11.56) อยู่ระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมอง

ตัวแปรอิสระที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. สัมพันธภาพในครอบครัว	- 0.280	0.000
2. ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	- 0.159	0.000
3. สมรรถภาพทางสมอง	- 0.145	0.001

จากตารางที่ 5 พบว่าการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.280$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.159$, $p < 0.001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.159$, $p = 0.001$)

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ

การศึกษาพบว่า โรค/อาการที่ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: เขตเทศบาลเมืองเชียงรายพบว่า โรคที่ผู้สูงอายุป่วย

เรื้อรัง 3 อันดับแรกของชุมชน คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง[14] สัมพันธ์กับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุช่วง 60-69 ปี (อายุเฉลี่ย 71ปี)[15] และข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในส่วนขนาดและโครงสร้างของประชากรที่จำแนกตามอายุ เพศ และจังหวัดในเขตภาคเหนือ พ.ศ. 2562 พบว่าเพศหญิงมีอายุยืนยาวและมีจำนวนมากกว่าเพศชายซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวส่งผลให้เพศหญิงมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังได้มากกว่า[16] และการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ยังคงได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาและไม่มีการพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขมราฐจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค บางคนมีมากกว่าหนึ่งโรค การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา และส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่มีการพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์[17]

ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูงหรือพึ่งพาน้อย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีความบกพร่องของสมองอยู่ระดับปานกลาง ดังนั้น จึงยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองสูง พึ่งพาผู้ดูแลน้อย

ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ มีความบกพร่องทางสมองอยู่ในระดับปานกลาง และมีอายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี โดยภาวะสมองเสื่อมนี้จะสัมพันธ์กับอายุที่สูงขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง จึงพบว่ามีความบกพร่องของสมอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองสื่อมในผู้สูงอายุหญิง จังหวัดลำพูน ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า 2.2 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า โดยโอกาสที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นจะสัมพันธ์ตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น[18]

2. คุณลักษณะและการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือ

การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์โดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร และนับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: เขตเทศบาลเมืองเชียงราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 81.82[14] เมื่อคณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลของประเทศไทยพบว่า ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดมักเกี่ยวข้องเป็นบุตร นับถือศาสนาพุทธ และเป็นเพศหญิง ทั้งนี้การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอาจเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้สำหรับเพศหญิงเนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝัง ค่านิยมวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล[19] สัมพันธ์กับการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่า ความกตัญญูกตเวที เป็นค่านิยมและความเชื่อร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของสังคมไทยพุทธ ซึ่งถูกผูกไว้กับวัฒนธรรมความเชื่อเรื่องของความกตัญญูกตเวที เป็นบทบาทหน้าที่ของลูกต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ผู้มีพระคุณ โดยถือเป็นความเชื่อและปฏิบัติสืบต่อกันมา เป็นหน้าที่ของครอบครัวต้องจัดการด้วยตนเอง ส่วนที่เหลือเป็นการดูแลโดยการจ้าง พบในครอบครัวฐานะดีและมักพบอยู่ในเขตเมือง[5]

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 คน ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมาก่อน ไม่มีผู้ช่วยในการดูแล และพบว่ามีปัญหาในการดูแลกิจวัตรประจำวัน สัมพันธ์กับการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ดูแลเพียง

ลำพัง ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะการดูแลสูงและผู้ดูแลในครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลได้ ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังจะไม่ได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งย่อมส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวได้ [5] จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการดูแลว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล และเป็นการตอบแทนบุญคุณ/ความกตัญญู ซึ่งมีกิจกรรมการดูแล แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่

1) ด้านอารมณ์ คือ ให้กำลังใจ ปลอบใจ

2) ด้านพฤติกรรม คือ เฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลง

3) ด้านร่างกาย กิจกรรมที่ปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การรับประทานอาหาร ยารับประทาน/ยาเหน็บ และการออกกำลังกาย ฟื้นฟูสภาพ

4) ด้านสังคม คือ กิจกรรมทางสังคม มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 73.97 เดือน (S.D. = 77.94) และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14.68 ชั่วโมง/วัน (S.D. = 7.79) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นบุตร โดยถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทหน้าที่ของลูกต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ หากลูกคนไหนไม่ปฏิบัติดูแลพ่อแม่จะถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นคนเนรคุณ อกตัญญู โดยกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง มีดังนี้

1) ด้านร่างกาย กิจกรรมที่ปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การพาไปตรวจ การบริหารยา และให้อาหารทางยาง

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ติดเตียง อยู่เป็นเพื่อนรับฟังความรู้สึก และสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเตียง และ

3) ด้านสังคม ที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การพาสมาชิกในครอบครัวเข้ามาพบปะ พูดคุย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเฉลี่ย 27.40 เดือน (S.D. = 39.90) จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลทั้งวันตั้งแต่ 6 – 16 ชั่วโมง เฉลี่ย 10.06 ชั่วโมง/วัน (S.D. = 2.04)[19] ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้และการศึกษาที่ผ่านมาวิเคราะห์ได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน จึงทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังได้เกือบตลอดทั้งวันตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วย โดยถือเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ภาระในการดูแลระดับปานกลาง ซึ่งภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้แก่ ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลเฉพาะโรค การทำธุระแทนผู้ป่วย การจัดการปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย หากสามารถปรับตัวให้ดำรงบทบาทการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยบทบาทใหม่ได้ จะทำให้ผู้ดูแลมั่นใจในบทบาทการดูแล อีกทั้ง สามารถยอมรับและเผชิญปัญหาจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบจากการดูแลน้อยและมีการรับรู้ภาระการดูแลน้อยลงได้[20]

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง โดยสัมพันธภาพในครอบครัว คือ ความผูกพันรักใคร่ความใกล้ชิดคุ้นเคยสนิทสนมระหว่างบิดา มารดา และบุตร รวมถึงเครือญาติและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่อาศัยในครัวเรือนนั้น ๆ สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญทำให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันด้วยความรัก ความอบอุ่นและเอื้ออาทรต่อกัน ทำให้เกิดครอบครัวเข้มแข็ง โดยมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันร่วมคิด ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยกัน[21] ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวไทย โดยทำการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวไทยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่

1) การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว

2) การพูดคุย ปรึกษาหารือ และการตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ

3) การแสดงออกซึ่งความรักความเอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา ใจ และ

4) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่เหมาะสม ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าครอบครัวของคนที่อาศัยอยู่ในภาคใต้มีแนวโน้มมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีกว่าภาคอื่น[22]

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในครอบครัว ($r = -0.280$, $p < 0.001$) อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ผู้ดูแลถือเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณซึ่งถือปฏิบัติสืบต่อกันมา อีกทั้งสังคมไทยเป็นสังคมของการเกื้อกูล ญาติพี่น้องจะให้การช่วยเหลือและสนับสนุนกันดี จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลลดลงสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 60.19 ปี (S.D. = 7.99) โดยมากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.6 พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -0.349$, $p < .01$) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นที่พึ่งหลักและมักไม่มีผู้ช่วยในการดูแล แต่เต็มใจที่จะให้การดูแลให้ดีที่สุดด้วยความรัก เนื่องจากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เมื่อเกิดปัญหาในการดูแล ผู้ดูแลจะได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเป็นอย่างดีทั้งด้านการเงินและกำลังใจ ผู้ดูแลจึงรับรู้ภาระการดูแลลดลง [23]

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = -0.159$, $p < 0.001$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูงหรือพึ่งพาผู้ดูแลน้อยมาก จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงมีอายุเฉลี่ย 70.84 ปี (S.D. = 8.44) ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาก ผู้ดูแลจะมีภาระในการดูแลน้อยลง ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยลง ผู้ดูแลจะมีภาระในการดูแลมากขึ้น ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี จะมีความต้องการในการดูแลเพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังแค่บางอย่าง ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่แบกรับหน้าที่ในการดูแลที่หนักจนเกินไป จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดภาระในการดูแล[24]

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังประจำวัน ($r = -0.159$, $p = 0.001$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง มีความบกพร่องของสมองในระดับปานกลาง แต่โดยส่วนใหญ่แล้วสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูงหรือพึ่งพาผู้ดูแลน้อยมาก จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยในผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 73.40 ปี (SD = 8.5) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คือ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับเชาว์ปัญญาต่ำหรือมีสมรรถภาพทางสมองต่ำ การดูแลผู้ป่วยภาวะสมอง

เสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลมากขึ้น โดยมีผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแลมากที่สุด[25]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย ควรมีการเสริมสร้างให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้ผู้สูงอายุ

1. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังลง ซึ่งจะช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้แลลง

2. จากผลการวิจัย ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ทีมเยี่ยมบ้านหน่วยงานให้คำปรึกษาหรือชมรมผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาการดูแลและได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุอาการฉุกเฉิน เช่น รถพยาบาลหรือหน่วยดูแลฉุกเฉินในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังอาศัยอยู่ เป็นต้น

3. การประยุกต์ผลการวิจัยมาใช้ในด้านการศึกษาพยาบาล ควรดำเนินการสอนแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสภาพจริงของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลในชุมชนเพื่อให้นักศึกษามีประสบการณ์และทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพพร้อมปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society)

4. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มเติมในเชิงทดลองโดยสร้างโปรแกรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเพื่อลดการรับรู้ภาระในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพ: เดือนตุลา; 2556.
2. ปะราลี โอภาสนันท์. การพยาบาลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21. พะเยา: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา; 2559.
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 420 ชั่วโมง. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
4. Suvanayos, C. & Thapinta, D. Role of nurse in decrease caregiving burden with dementia patients [online]. Nursing Journal. 2018; 45(4): 229-339.
5. Srihaphak, S., Chuengsathiensap, G., and Tengrang, K. Research report on Impact and burden of long-term care for the elderly under thai culture [online]. 2014 [cited 2020/09/10]. Available from: http://164.115.27.97/digital/files/original/eccae20356e5df62398430c430a17b43.pdf
6. Hanh, P. T., Jullamate , P. & Piphatvanitcha, N. Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam [online]. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(3): 45-62.

7. Mougias, A. A., Politis, A., Mougias, M. A., Kotrotsou I., Skapinakis, P., Damigos, D. & Mavreas, V.G. The burden of caring for patients with dementia and its predictors [online]. Psychiatriki. 2015; 26(1): 27-36.
8. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
9. Neuman, W. L. Social research methods: Qualitative and quantitative approaches. Boston: Allyn and Bacon; 1991.
10. Gadudom, P. The relationships between perceptions of burden of family care givers and abilities to perform activities of daily living and cognitive functional abilities of the elderly with chronic illness in eastern region of Thailand. Phrapokklao Nursing College; 2004a. (in Thai)
11. Gadudom, P. Evidence, problems, needs and powers of family care givers of chronic Illness at home. Journal of Phrapokklao Nursing College, 2004b; 15(2): 32-42. (in Thai)
12. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือและมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
14. Sareeso, P., Praison, P., Thohinung, U., Umsrewaing, W., & Fongrat. N. The situation, health problems and care need of older persons with chronic illness: Chiangrai municipality [on line]. Journal of Nursing Science & Health. 2017; 40(2): 85-95. (in Thai)
15. Tinamas, P., Jongkae, P., & Sengpanich, T. Accident prevention behaviors among older adults Donkeaw, Maerim District, Chiangmai Province. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office [online]. 2018; 24(2): 72-82. (in Thai)
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ [ออนไลน์]. 2562 [cited 2020/09/12]. Available from: http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx
17. Saendaeng, N. & Potisupsuk, C. Effect of drug use behaviors promotion program in Elderly patients with non-communicable diseases Khemarat District Ubonratchatani Province [online]. Journal of Nursing and Health Care. 2018; 36(3): 33-41. (in Thai)
18. Panakorn, L., Nanthamongkolchai, S., Pitikultung, S., Munsawaengsub, C., & Teachaboon-sermsak, P. Factors influencing dementia in elderly women in Lumphun province [online]. Journal of Public Health. 2010; 45(2): 197-209. (in Thai)
19. Longphasuk, N., Monkong, S., & Sirapo-ngam, Y. Health Conditions and Self-Care Activities of Older Caregivers Caring for Bedridden Older Adults [online]. Thai Journal of Nursing Council. 2018; 33(2): 97-109. (in Thai)

20. Boonchoo, D., Somboontanont, W., Thongcharoen, V., & Wattanakitkrileart, D. The relationships between age, caregiving burden social support, and adaptation of caregivers of older persons with chronic obstructive pulmonary disease [online]. Songklanagarind Journal of Nursing. 2015; 35(2): 71-78. (in Thai)
21. Wannasiri, T. & Pratakkulvongsa, S. The development of relationship between adolescent and elders in their families in Prongmadeur community [online]. Area Based Development Research Journal. 2016; 8(1): 100-115. (in Thai)
22. Suthisukon, K., Chompikul, J., & Thamma-Aphiphol, K. Factors affecting relationships in Thai Families [online]. Local Administration Journal. 2017; 10(2): 151-168. (in Thai)
23. Khatta, N., Hanprasitkam, K. & Siripitayakunkit, A. Relationships among selected factors, caregiving burden, and quality of life of caregivers of persons undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis [online]. The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima. 2018; 24(2): 109-129. (in Thai)
24. Udonsat, S., Julmette, P., & Phiphatwanicha, N. Male caregiver burden of elderly with stroke and its related factors [online]. The 3rd national conference. 2018 [cited 2020/09/19]. Available from: http://Users/WindowX/Downloads/57306-Article%20Text-133539-1-10-20160521.pdf
25. Mekawichai, P. & Saetang, S. Caregiver burden among Thai dementia patients' caregivers [online]. Journal of Psychiatric Association of Thailand. 2013; 58(1): 101-110. (in Thai)

พฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Ethical Behaviors Among Nursing Students Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan

ศรีสุดา งามขำ พย.ด* **Srisuda Ngamkham, Ph.D***
มธุรดา บรรจงการ พย.ด* **Maturada Bunjongkarn, Ph.D***

Corresponding author: srisuda.n@bcnsprnw.ac.th
Received: 16 June 2020, Revised: 25 Aug 2020, Accepted: 31 Oct 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล และเปรียบเทียบพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 146 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมจริยธรรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมจริยธรรมใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก และนักศึกษามีความคิดเห็นด้านพฤติกรรมจริยธรรม ประกอบด้วย 3 ประเด็นสำคัญ คือ การรู้จักหน้าที่ของตนเอง การสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจ และการไม่เบียดเบียนผู้อื่น นอกจากนี้พบว่าระดับการศึกษาของมารดาต่างกันพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในด้านความยุติธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.85$, $p < .024$) นักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในครอบครัวบิดามารดาแยกกันอยู่ มีความพยายามมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.62$, $p < .029$)

ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรมีการพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในด้านประหยัดและอุตสาหะ ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาสามารถดำรงชีวิตในสังคมที่แข่งขันสูงและเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณธรรมจริยธรรมและคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรม จริยธรรม นักศึกษาพยาบาล

---

* *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ maturada@bcnsprnw.ac.th*
* *Special Professional Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan*

Abstract

This descriptive study aimed to examine ethical behaviors and the differences between demographic data and ethical behaviors among nursing students. Research population was 146 first year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan studying in the second semester, academic year 2019. Research instruments comprised personal data, ethical behavior questionnaires and open-ended question of opinions on ethical behaviors. Data were analyzed by descriptive statistics and one-way ANOVA. Content analysis was used for analyzing the opinions on ethical behaviors.

The findings illustrated that overall ethical behaviors of nursing students were in a high level. The opinions on ethical behaviors consisted of 3 main ideas: knowing one's own duty; building trust; and not exploiting others. In addition, there is significant difference between the level of mother's education and students' justice behaviors ($F = 3.85$, $p < .024$) and living with separated parents made the students significantly put more effort ($F = 3.62$, $p < .029$).

Conclusion, the institution should set the program to develop students' economical and effort behaviors to help students to live in the high competition society and becoming a professional nurse with morality, ethics, and quality.

Keywords: Behavior, Ethics, Nursing Students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยในปัจจุบันนับเป็นสังคมของยุคดิจิทัล (Digital generation) ที่เยาวชนรุ่นใหม่มีความเป็นอยู่กับโลกเทคโนโลยี ท่องโลกกว้างจากอินเตอร์เน็ตเป็นส่วนมาก ประกอบกับบิดามารดามุ่งประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงครอบครัวทำให้ความสัมพันธ์สื่อสารเชิงพฤติกรรมต่อกันของครอบครัวมีน้อย จากหลักฐานพบว่า การเปลี่ยนแปลงเชิงสังคม โดยบุคคลมีความเป็นวัตถุนิยมมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมของคนในสังคมตามมา กล่าวคือ การหย่อนในศีลธรรม จริยธรรม ขาดระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบ เกิดการเอารัดเอาเปรียบกันของคนในสังคม ส่งผลให้วิถีชีวิตและค่านิยมดั้งเดิมที่ดีงามของคนไทยเริ่มจางหายไปพร้อม ๆ กับการล่มสลายของสถาบันครอบครัว ชุมชนและ วัฒนธรรมท้องถิ่น จากสภาพปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ก่อให้เกิดจากการขาดสมดุลในการพัฒนาคือ มุ่งเน้นแต่การรับเอาความเจริญทางวัตถุโดยมิได้เน้นจริยธรรมควบคู่ไปด้วย[1]

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่นอกจากให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยแล้ว ยังรวมไปถึงญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตามสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วย ดังนั้นในการปฏิบัติงานพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในศาสตร์การพยาบาล ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และจริยธรรมในการทำงานไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีสุขภาพดี ด้วยความเอื้ออาทร (Caring) ความเชื่อถือและไว้วางใจ (Trust and confidence) ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา

(Empathy) ความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) การให้ความเคารพ (Respect) ความเป็นผู้มีอารมณ์ขัน (Humor) สำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่จะเริ่มเรียนรู้วิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพทางการพยาบาล นักศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพในอนาคตย่อมต้องได้รับการปลูกฝังเรื่องจริยธรรมทั่วไปในสังคมไทย ซึ่งเป็นแนวทางอันดีงามที่บุคคลพึงประพฤติและปฏิบัติ นำไปสู่ความสงบสุขต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม[2] และจริยธรรมสำหรับพยาบาลเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำมาปรับใช้ในการศึกษาพยาบาลต่อไป

พฤติกรรมทางจริยธรรม เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ต้องปลูกฝังให้แก่เยาวชนไทยตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดพฤติกรรมจริยธรรมไว้ทั้งหมด 9 พฤติกรรม ได้แก่ขยัน ประหยัด ซื่อสัตย์ มีวินัย สุภาพ สะอาด สามัคคี มีน้ำใจ โดยมีมุ่งเน้นเพื่อพัฒนาเยาวชนให้เป็นคนดี มีความรู้คู่กับคุณธรรม ด้วยการใช้คุณธรรมจริยธรรมเป็นพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้ ที่เชื่อมโยงกับความร่วมมือของสถาบันครอบครัว ชุมชน สถาบันศาสนาและสถาบันการศึกษาการร่วมกันปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อและพฤติกรรมที่ดีงาม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมคุณธรรมเหล่านี้แล้ว การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้กับผู้เรียน จำเป็นต้องดำเนินควบคู่กับการพัฒนาในส่วนอื่นๆ เช่น กิจกรรมการศึกษานอกห้องเรียน เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้ความสามารถทางสติปัญญาให้คิดเป็นทำเป็น และแก้ปัญหาเป็น รวมทั้งสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองไว้ได้อย่างหนักแน่นคงเส้นคงวา และรับรู้อารมณ์ของคนอื่น[3] เพื่อการเป็นพลเมืองไทยที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีความสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เป็นสถาบันการศึกษาที่เน้นการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาล โดยมีปรัชญาว่าการพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร ประกอบด้วยความเอื้ออาทรทางวิทยาศาสตร์และความเอื้ออาทรเชิงความเป็นมนุษย์[4] วิทยาลัยจึงเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมของนักศึกษาโดยจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำเชิงจริยธรรมเน้นคุณค่าที่ดีและให้อยู่ในจิตสำนึกของนักศึกษาทุกคนจนกลายเป็นวัฒนธรรมเชิงจริยธรรมให้นักศึกษามีพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติหรือแสดงออกทางการกระทำได้ พร้อมกับวิทยาลัยฯ ได้กำหนด อัตลักษณ์คุณธรรมของนักศึกษาพยาบาล คือ ซื่อสัตย์ มีวินัย รับผิดชอบ ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมต่างของ วพบ.สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จึงเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีอัตลักษณ์ด้านคุณธรรมที่ชัดเจน

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมทางจริยธรรมทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล เพื่อที่ได้สามารถนำไปใช้วางแผนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางจริยธรรมและนำไปกำหนดนโยบายของวิทยาลัยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารด

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์เป็นอย่างไร

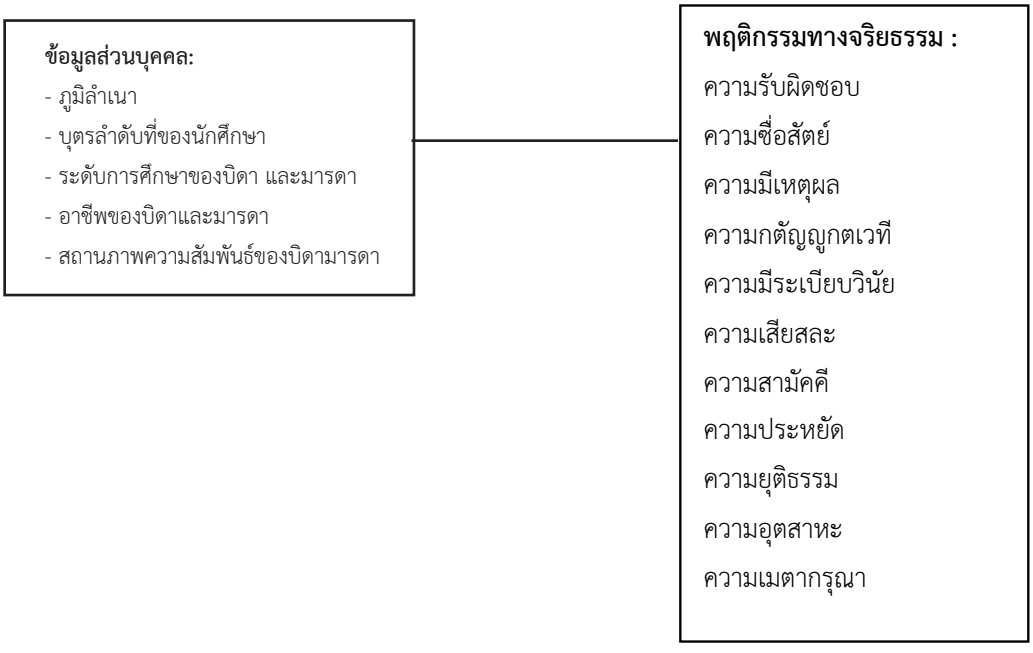
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาและของบิดามารดาแตกต่างกันพฤติกรรมทางจริยธรรมของ

นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์แตกต่างหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ตัวแปรในการศึกษา

ตัวแปรในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลส่วนบุคคลดังต่อไปนี้ ภูมิลำเนา บุตรลำดับที่ของนักศึกษา ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา อาชีพของบิดาและมารดา และสถานภาพความสัมพันธ์ของบิดาและมารดา

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมทางจริยธรรม หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงความดีงาม และเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม จากโครงสร้างของคุณลักษณะจริยธรรมในสังคมไทย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับปรุงแล้ว 11 ประการ ประกอบด้วย[5]

2.1 ความรับผิดชอบ หมายถึง ความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความ ผูกพันด้วยความพากเพียรพยายาม และความละเอียดรอบคอบ ยอมรับผลการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย ทั้งพยายามปรับปรุงการปฏิบัติหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น

2.2 ความซื่อสัตย์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติอย่างเหมาะสมและตรงต่อความเป็นจริง ประพฤติปฏิบัติอย่างตรงไปตรงมา ทั้งกายวาจาใจต่อตนเองและผู้อื่น

2.3 ความมีเหตุผล หมายถึง ความสามารถในการใช้ปัญญาในการประพฤติปฏิบัติ รู้จักไตร่ตรองพิสูจน์ให้ประจักษ์ ไม่หลงงมงาย มีความยับยั้งชั่งใจโดยไม่ผูกพันกับอารมณ์และความยึดมั่นของตนเองที่มีอยู่เดิมซึ่งอาจผิดได้

2.4 ความกตัญญูกตเวที ความกตัญญู หมายถึง ความรู้สึกในการอุปการคุณหรือบุญคุณที่ผู้อื่น/สิ่งอื่นที่มีต่อเรา กตเวที หมายถึง การแสดงออกและการตอบแทนบุญคุณ ดังนั้น ความกตัญญูกตเวที

จึงหมายถึง ความรู้บุญคุณและตอบแทนคุณต่อคนอื่น สิ่งอื่นที่มีบุญคุณ

2.5 การรักษาระเบียบวินัย หมายถึง การควบคุมการประพฤติ ปฏิบัติให้ถูกต้องและเหมาะสมกับจรรยามารยาท ข้อบังคับ ข้อตกลง กฎหมาย และศีลธรรม

2.6 ความเสียสละ หมายถึง การละความเห็นแก่ตัว การแบ่งปันแก่คนที่ควรให้ ด้วยกำลังกาย กำลังทรัพย์ กำลังสติปัญญา รวมทั้งการรู้จักสลัดทิ้งอารมณ์ร้ายในตนเองด้วย

2.7 ความสามัคคี หมายถึง ความพร้อมเพรียงเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันร่วมมือกันกระทำกิจการให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

2.8 การประหยัด หมายถึง การใช้สิ่งทั้งหลายพอเหมาะพอควรให้ได้ประโยชน์มากที่สุด ไม่ยอมให้มีส่วนเกินมากนัก รวมทั้งการรู้จักระมัดระวัง รู้จักยับยั้งความต้องการให้อยู่ในกรอบและขอบเขตที่พอเหมาะพอควร

2.9 ความยุติธรรม หมายถึง การปฏิบัติด้วยความเที่ยงตรงสอดคล้องกับความเป็นจริงและเหตุผล ไม่มีความลำเอียง

2.10 ความอุตสาหะ หมายถึง ความพยายามอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการงาน

2.11 ความเมตตา-กรุณา เมตตา หมายถึง ความรักใคร่ ปรารถนาจะให้ผู้อื่นเป็นสุข กรุณา หมายถึง ความสงสาร คิดจะช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล และเพื่อศึกษาพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาและมารดา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ศึกษาในประชากรซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 ห้อง A จำนวน 74 คน และห้อง B จำนวน 72 คน รวมทั้งหมด 146 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ภูมิลำเนา บุตรลำดับที่ของนักศึกษา ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา อาชีพของบิดาและมารดา สถานภาพความสัมพันธ์ของบิดาและมารดา

2. แบบสอบถามพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล โดยปรับปรุงจากโครงสร้างของคุณลักษณะจริยธรรมในสังคมไทย 11 ประการ[5] ประกอบด้วยความมีระเบียบวินัย จำนวน 7 ข้อ ความรับผิดชอบ จำนวน 6 ข้อ ความซื่อสัตย์ จำนวน 6 ข้อ ความมีเหตุผล จำนวน 5 ข้อ ความเสียสละ จำนวน 5 ข้อ ความกตัญญูกตเวที จำนวน 6 ข้อ ความสามัคคี จำนวน 5 ข้อ การประหยัด จำนวน 5 ข้อ ความยุติธรรม จำนวน 6 ข้อ ความอุตสาหะ จำนวน 5 ข้อ ความเมตตา-กรุณา จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 ข้อ คิดเป็นคะแนนเต็ม 300 คะแนน โดยใช้มาตรวัดให้คะแนนเพื่อประเมินพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นเป็นประจำ

4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นบ่อยครั้ง

3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นเป็นบางครั้ง

2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติในประเด็นนั้นนานๆ ครั้ง

1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติในประเด็นนั้นเลย

การแบ่งระดับของช่วงคะแนนรายข้อ

ระดับน้อย หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 1.00 – 2.33

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนพฤติกรรม

จริยธรรมอยู่ในช่วง 2.34 – 3.66

ระดับมาก หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 3.67 – 5.00

การแบ่งระดับของช่วงคะแนนรายด้าน

ด้านความมีระเบียบวินัย (7 ข้อ)

ระดับน้อย หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 7.00 – 16.33

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 16.34 – 25.66

ระดับมาก หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 25.67 – 35.00

ด้านความรับผิดชอบ ด้านความซื่อสัตย์ ด้านความกตัญญูกตเวที ด้านความยุติธรรม (6 ข้อ)

ระดับน้อย หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 6.00 – 14.00

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 14.01 – 22.00

ระดับมาก หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 22.01 – 30.00

ด้านความมีเหตุผล ด้านความเสียสละ ด้านความสามัคคี ด้านความอุตสาหะ ด้านความประหยัด (5 ข้อ)

ระดับน้อย หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 5.00 – 11.66

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 11.67 – 18.33

ระดับมาก หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 18.34 – 25.00

ด้านความเมตตากรุณา (4 ข้อ)

ระดับน้อย หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 4.00 – 9.33

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 9.34 – 14.66

ระดับมาก หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 14.67 – 20.00

การแบ่งระดับของช่วงคะแนนโดยรวม (60 ข้อ)

ระดับน้อย หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 60.00 – 140.00

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 141.00 – 220.00

ระดับมาก หมายถึง คะแนนพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในช่วง 221.00 – 300.00

3. คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมจริยธรรม และคุณลักษณะจริยธรรมในสังคมไทย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การหาความตรงของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการบริหารการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยดำเนินการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม (Content Validity) การใช้ภาษาชัดเจน เพื่อให้ตรงตามเนื้อหาและครอบคลุม และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยค่า IOC (Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิ์

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ หมายเลข SPRNW-REC 020/2019 วันที่ 25 ธันวาคม 2562 แม้ว่าความเสี่ยงจากวิจัยครั้งนี้มีน้อย แต่อาจจะเกิดความเสี่ยงด้านจิตใจต่ออาสาสมัครในขณะสัมภาษณ์ได้ เช่น รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ เป็นต้น หากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยได้เตรียมการป้องกันไว้ ดังนี้

1. หยุดการสัมภาษณ์และการบันทึกเสียง

ทันที

2. ถามความสมัครใจของอาสาสมัครในการดำเนินการต่อ หรือบอกยกเลิก

3. เกี่ยวกับการรักษาความลับของอาสาสมัคร แก้ไขโดยข้อมูลทุกอย่างของอาสาสมัครจะเก็บไว้ในตู้ล็อกและเก็บเป็นความลับไว้ในสถานที่ที่ปลอดภัย เป็นระยะเวลา 10 ปี หลังจากที่อาสาสมัครลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นข้อมูลทั้งหมดจะถูกลบทิ้งทันที มีแต่ผู้วิจัยและผู้ควบคุมดูแลการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ หลังเสร็จสิ้นการศึกษาข้อมูลจะถูกตีพิมพ์และนำเสนอในภาพรวม โดยจะไม่มีการอ้างชื่อที่อยู่ หรือสิ่งใดๆ ที่จะสามารถสืบค้นไปถึงอาสาสมัครได้

การรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัยพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะวิจัยชี้แจงโครงการวิจัยให้แก่อาจารย์ประจำชั้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ทราบเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 ห้อง (ห้อง A และ B) พร้อมนัดวัน เวลา เพื่อดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายให้นักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำแบบสอบถาม ดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 และนำผลที่ได้จากการสอบถามและแบบประเมินความปวดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบ แล้วนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติดังนี้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ One Way ANOVA วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา (ได้แก่ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา อาชีพของบิดาและมารดา และสถานภาพความสัมพันธ์ของบิดาและมารดา) กับพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ และการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเสนอความคิดเห็นและการตอบคำถามปลายเปิด โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 20 ปี (SD = 2.34) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.9 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ และร้อยละ 50.7 เป็นบุตรคนที่ 2 ของครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา อยู่ในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80.9 และ 82.9 ตามลำดับ บิดาและมารดาของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 44.2 และ 41.8 ตามลำดับ ร้อยละ 63 บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษา

พฤติกรรมจริยธรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก พิจารณารายด้านพบว่า 9 ด้าน คือ ความมีระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ความมีเหตุผล ความเสียสละ ความกตัญญูกตเวที ความสามัคคี ความยุติธรรม และเมตตากรุณา คะแนนอยู่ในระดับมาก สำหรับด้านความประหยัด และความอุตสาหะ คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณารายข้อด้านความประหยัด พบว่า การทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายประจำเดือน มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.07 (S.D. = 1.09) ในด้านความอุสาหะ พบว่า การอ่านหนังสือล่วงหน้าก่อนเข้าเรียน การซักถามอาจารย์เมื่อมีข้อสงสัย การทบทวนบทเรียนหลังเลิกเรียน และการใช้เวลาว่างค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.44 (S.D. = 0.95), 2.94 (S.D. = 1.04), 2.92 (S.D. = 0.96), และ 2.94 (S.D. = 0.94) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมและรายด้าน (N= 146)

พฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	การแปลผลระดับ
ความมีระเบียบวินัย	30.21	2.40	มาก
ความรับผิดชอบ	25.98	2.26	มาก
ความซื่อสัตย์	27.35	2.51	มาก
ความมีเหตุผล	20.36	2.35	มาก
ความเสียสละ	21.52	2.58	มาก
ความกตัญญูกตเวที	28.67	2.05	มาก
ความสามัคคี	21.55	2.44	มาก
ความประหยัด	17.21	2.92	ปานกลาง
ความยุติธรรม	26.16	3.22	มาก
ความอุตสาหะ	14.88	3.62	ปานกลาง
ความเมตตากรุณา	17.99	2.06	มาก
รวม	**251.92**	**21.01**	**มาก**

การเปรียบเทียบพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาและมารดา

เมื่อหาค่าความแตกต่างของภูมิลำเนา ลำดับที่ของการเกิดของนักศึกษา ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา อาชีพของบิดาและมารดา กับพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่าโดยส่วนมากไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาของมารดาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีมารดามีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามีพฤติกรรมทางจริยธรรมของด้านความยุติธรรมมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.85$, $p < .024$) เมื่อเทียบกับนักศึกษาที่มีมารดามีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษา เช่นเดียวกับสถานภาพความสัมพันธ์ของบิดาและมารดา พบว่านักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในครอบครัวบิดามารดาแยกกันอยู่ มีความอุตสาหะมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.62$, $p < .029$) เมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการแสดงออกถึงการมีพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

จากคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมจริยธรรม และคุณลักษณะจริยธรรมในสังคมไทย กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและให้ความสำคัญเรื่องจริยธรรมทั่วไปเป็นอย่างมาก และสามารถยกตัวอย่างพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงจริยธรรมที่พึงมีในการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ และอัตลักษณ์คุณธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คือ ซื่อสัตย์ มีวินัย รับผิดชอบ ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการชี้นำแนวทางการประพฤติปฏิบัติดีและขัดเกลาให้บุคคลในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยสามารถสรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเหตุผล

ต่อการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลได้ 3 ประการ คือ

1. ผู้มีจริยธรรมย่อมรู้จักหน้าที่ของตนเอง โดยปฏิบัติตัวตามกฎหมาย รักษาระเบียบวินัย อยู่ในกฎเกณฑ์ของสังคม มีสติอยู่ทุกขณะจิต มีมารยาท เข้าใจในบทบาทของตนเอง ใช้ปัญญาพิจารณาไตร่ตรองและยอมรับผลการกระทำของตนเอง มีความมุ่งมั่นพากเพียร เอาใจใส่ ละเอียดรอบคอบและให้ความสำคัญต่องานที่ทำเพื่อให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้อย่างเรียบร้อยตรงตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมไปถึงการสร้างสรรค์และพัฒนาผลงานให้มีความสอดคล้องกับบริบทของสังคมและเทคโนโลยีในปัจจุบัน

2. ผู้มีจริยธรรมย่อมสามารถสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจในสังคม โดยสร้างความปรองดองเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ไม่แบ่งพรรคแบ่งพวก มีจิตสำนึกรักในบุญคุณของพ่อแม่ ครูบาอาจารย์ ผู้มีพระคุณ สังคม สิ่งแวดล้อมและประเทศชาติ รวมทั้งการพูดความจริง มีความตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือน ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความจริงใจ ไม่ลำเอียง ไม่หลงงมงาย นอกจากนี้ยังต้องไม่ผูกพันอารมณ์ไว้กับความรู้สึกของตนเองอีกด้วย

3. ผู้มีจริยธรรมย่อมไม่เบียดเบียนผู้อื่น โดยไม่เพิ่มทุกข์ให้กับบุคคลหรือสิ่งรอบข้าง มีความยับยั้งชั่งใจ พอเพียง เท่าเทียม เคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิความเป็นมนุษย์ ยอมรับในความคิดเห็นของผู้อื่น รู้จักแบ่งบันช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถ มีความเสียสละและอุทิศเวลาความสุขส่วนตัวเพื่อความสุขของส่วนรวม

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยแบบพรรณนานี้ เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลและศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลความแตกต่างกัน ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 มีพฤติกรรมทางจริยธรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ คือ 9 ด้านใน 11 ด้าน ได้แก่ ความมีระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ความมีเหตุผล ความเสียสละ ความกตัญญูกตเวที ความสามัคคี ความยุติธรรม ความเมตตากรุณา ยกเว้นด้านการประหยัดและความอุตสาหะ นอกจากนี้ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงจากคำถามปลายเปิดพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมด้านการรู้จักหน้าที่ของตนเอง ด้านการสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจ และด้านการไม่เบียดเบียนผู้อื่น นั่นแสดงถึงนักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมทางจริยธรรมขั้นพื้นฐานที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนดไว้ ให้แก่โรงเรียนต่าง ๆ ของประเทศไทย เมื่อพิจารณาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลคือ ด้านความซื่อสัตย์ เมตตากรุณา มีระเบียบวินัย มีความรับผิดชอบ และเสียสละ พบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วพบ.สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของวิชาชีพพยาบาล งานวิจัยนี้ให้หลักฐานว่า นักศึกษาพยาบาล วพบ. สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ มีพฤติกรรมทางจริยธรรม เป็นไปตามที่วิชาชีพพยาบาลต้องการ และสอดคล้องกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมาซึ่งมีพฤติกรรมจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์ สุภาพอ่อนโอน เมตตากรุณา เคารพในบุคคลอื่น รู้รักสามัคคี เสียสละ มีระเบียบวินัย มีความอดทน และมีความรับผิดชอบตามลำดับ[6] เช่นเดียวกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรีมีพฤติกรรมจริยธรรมสูงใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความมีวินัย ความกตัญญู ความยุติธรรม ความเสยีสละ และความรอบคอบ[7]

เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่างของการศึกษาของมารดาและสถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดา พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีมารดามีระดับการศึกษาสูงกว่ามีระดับความยุติธรรมมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีมารดามีระดับการศึกษาต่ำกว่า และนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดา

มีสถานภาพความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมีระดับความอุตสาหะน้อยกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีมาจากบิดามารดาแตกแยกกัน แสดงถึงมารดาผู้มีการศึกษามีส่วนช่วยหล่อหลอมพฤติกรรมของบุตรหรือธิดาซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลให้มีความยุติธรรมในการดำเนินชีวิตในสังคม เช่นเดียวกันสถานภาพความสัมพันธ์ของบิดามารดาอาจเป็นผลเชิงลบต่อความเพียรพยายามอุตสาหะของนักศึกษา หรือในทางตรงกันข้ามนักศึกษาพยาบาลที่มาจากครอบครัวแตกแยกเป็นผลทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องมุมานะ มีความเพียรพยายามอุตสาหะมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความพร้อมของครอบครัว ดังนั้นครอบครัวที่มีความพร้อม ควรพึงระวังในการอบรมเลี้ยงลูก เพราะอาจเป็นผลเชิงลบต่อความอุตสาหะของลูกหรือนักศึกพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากคำถามปลายเปิด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความคิดเห็นด้านพฤติกรรมจริยธรรม ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ พบว่านักศึกษาพยาบาลให้คำจำกัดความของบุคคลที่แสดงออกถึงการมีจริยธรรมในสังคมไทยประกอบด้วย 3 ประเด็นสำคัญ คือ การรู้จักหน้าที่ของตนเอง การสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจ และการไม่เบียดเบียนผู้อื่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ที่แสดงออกถึงการยอมรับระเบียบกฎเกณฑ์ และการมีค่านิยมทางสังคมที่ถูกต้อง รวมไปถึงการอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะได้อย่างสันติ[8] สอดคล้องกับหลากหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ อรุณี ทอมป์สัน[9] พบว่าคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามอยู่ในระดับมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วสามารถจัดระดับเป็นจริยธรรมเหนือกฎเกณฑ์สังคม ตามทฤษฎีการพัฒนาจริยธรรมของโคล์เบิร์ก ซึ่งจริยธรรมในระดับนี้บุคคลจะตีความของการมีจริยธรรมตามประสบการณ์ และวิจารณญาณของตนเอง โดยให้ความสำคัญกับสิทธิและความเสมอภาค และการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมนั้นจะคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวมและความชอบธรรม[10]

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 กำหนดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการพยาบาล จักต้อง รักษาจริยธรรมในการปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการ ต่อผู้ร่วมวิชาชีพและต่อผู้ร่วมงาน[11] ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาพยาบาลต้องได้รับการปลูกฝัง กล่อมเกลาให้เกิดพฤติกรรมจริยธรรม[12] การศึกษาของชยนุช ไชยรัตนะและโรส ภักดีโต[13] พบว่าทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาให้สูงขึ้นได้โดยการ บูรณาการสื่อการเรียนรู้หลากหลายวิธี สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของวัลทนี นาคศรีสังข์ และคณะ[14] พบว่าการกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมที่ชัดเจน รวมไปถึงการพัฒนาที่ครอบคลุมด้านการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร เช่น การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรโดยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าค่ายธรรมะ ก็สามารถพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมได้[15] ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทัศนคติและพฤติกรรมจริยธรรมที่ดีงาม ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจด้านคุณธรรมจริยธรรมของผู้ใช้บัณฑิตอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของสุชาฎา คล้ายมณี และคณะ[16] พบว่าระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อส่งเสริม สนับสนุนและหล่อหลอมให้แก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่จะก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลในระยะเวลาที่เหลืออีก 3 ปีให้เป็นบัณฑิตหรือพยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมทางจริยธรรมตามที่วิชาชีพพยาบาลต้องการ

ข้อเสนอแนะ

การนำผลวิจัยไปใช้

พฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาที่มีภูมิลำเนามาจากภาคเหนือตอนล่างและภาคกลางเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถอ้างถึงพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดได้

ควรมีการสอนและฝึกให้นักศึกษาพยาบาลได้มีพฤติกรรมทางจริยธรรมในด้านประหยัดและอุตสาหะเพิ่มมากขึ้น

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเดิมในชั้นปีที่ 2 3 และ 4 เพื่อศึกษาว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมทางจริยธรรมด้านใดเพิ่มมากขึ้น เมื่อเข้ามาศึกษาในวิชาชีพพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในบริบทของวิทยาลัยพยาบาลที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ซึ่งได้มอบทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ที่ช่วยตอบแบบสอบถาม และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่ช่วยเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ประภาศรี สีหอำไพ. พื้นฐานการศึกษาทางศาสนาและจริยธรรม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
2. กนกวรรณ ฉันธนะมงคล. จริยธรรมทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
3. วิทยากร เชียงกูล. สภาวะการศึกษาไทย ปี 2550/2551 “ปัญหาความเสมอภาคและคุณภาพของการศึกษาไทย”. กรุงเทพฯ: วี.ที.ซี คอมมิวนิเคชั่น; 2552.
4. นภชา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ยุพาวดี ขันทบัลลัง, อำพล บุญเพียร, สอาด มุ่งสิน และรุ่งอรุณ กระมุทกาญจน์. เอกลักษณ์และอัตลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนก ตามการรับรู้ของนักศึกษา อาจารย์ ครูพี่เลี้ยง และผู้ปกครอง.วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2560; 5(1), 60 - 70.
5. สิวลี ศิริไล. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
6. สุชาฎา คล้ายมณี, ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน และคนึงนิตย์ พงษ์สุวรรณ. พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556; 6, 89 - 103.
7. วิริยาภรณ์ แสนสมรส, วิภารัตน์ ยมดิษฐ์, นิศากร เยาวรัตน์, อมรรัตน์ สว่างเกตุ และนพวรรณ ดวง จันทร์. คุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. 2560; 10(4), 144 - 159.

8. จักรี ศรีจารุเมธีญาณ. คุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน. วารสารแสงอีสาน. 2562; 16(1), 51 - 66.
9. อรุณี ทอมป์สัน. การศึกษาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. 2561; นำมาจาก https://so03.tci-thaijo.org/index.php/npuj/article/view/94089/87955
10. Kohlberg, K. Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In T. Lickona (Ed.), Moral Development and Behavior: Theory, Research and Social Issues (pp. 31-53). Holt, NY: Rinehart and Winston; 1976.
11. สภาการพยาบาล. คู่มือส่งเสริมจริยธรรม สำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุดทอง; 2558.
12. วิสัย คะตา, วัลนิกา ฉลากบาง, ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร และพรเทพ เสถียรนพเกล้า. พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. 2561; นำมาจาก https://so03.tci-thaijo.org/index.php/npuj/article/view/94758/87947
13. ชยนุช ไชยรัตนะ และโรส ภักดีโต. ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์ผ่านสื่อการเรียนรู้อีเลิร์นนิงต่อการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมและทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล. วารสาร พยาบาลสภากาชาดไทย. 2561; 11(2), 204 - 218.
14. พัลทณี นาคศรีสังข์, สุพัตรา ไตรอุดมศรี และตริตาภรณ์ สร้อยสังวาล. การส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 27, 32 - 45.
15. ทิพวรรณ เทียมแสน, เบญจวรรณ กันยานะ, สุทธิดา อ่อนละออ, รัชนิดา เขียนโพธิ์ และกรรณิการ์ กาศอุดม. ผลของการเข้าร่วมโครงการค่ายธรรมะต่อพฤติกรรมเชิงคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯสาขาภาคเหนือ. 2562; 25(2), 63 – 76.
16. สุชาฎา คล้ายมณี, ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน และคนึงนิตย์ พงษ์สุวรรณ. พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556; 6, 89 - 103.

การคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

System Thinking Among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

เขมิกา สิริโรจน์พร พย.ม.*	**Khemika Sirirojporn M.S.N.***
ชลกนก ธนาภควัตกุล ศษ.ม.*	**Chonkanok Thanaphakawatkul M.Ed.***
นนทรัตน์ จำเริญวงศ์ พย.ม.*	**Nontarut Jamroenwong M.S.N.***
ทิพย์ ลือชัย พย.ม.*	**Tip Luachai M.S.N.***
ชยธิดา ไชยวงษ์ พย.ม.*	**Chayatida Chaiwong M.S.N.***

Corresponding Authors: Email: Khemika_s@bcnc.ac.th

Received: 18 Aug 2020, Revised: 28 Oct 2020, Accepted: 30 Nov 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำนวน 241 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบวัดการคิดอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ Independent sample t- test และ One-way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า การคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.38 คะแนน) ปัจจัยด้านอายุ ($p<0.001$) ระดับการศึกษาปัจจุบัน ($p<0.001$) และเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน ($p<0.031$) ที่แตกต่างกันมีคะแนนการคิดอย่างเป็นระบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาพยาบาลในอนาคต

คำสำคัญ: การคิดอย่างเป็นระบบ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล

---

* *อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ E-mail: Khemika_s@bcnc.ac.th, E-mail: chonkanok@bcnc.ac.th, E-mail: nontarut@bcnc.ac.th, E-mail: tip@bcnc.ac.th, E-mail: chayatida@bcnc.ac.th*

* *nstructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai,*

Abstract

This descriptive study aimed to explore the system thinking among nursing students in Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai academic year 2018. The samples were 241 nursing students of the first, second, third, and fourth year. The research instrument is a questionnaire consisted of two parts: 1) a demographic data, and 2) the System Thinking Questionnaires with its reliability value of .85. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Independent sample t-test statistics, One-way ANOVA with statistical significance at 0.05.

The results of the study revealed that system thinking level in nursing students was at a moderate level ($\bar{x}$ = 3.38). Age ($p<.001$), current educational level ($p<.001$) and GPAX ($p<.003$) were statistically at 0.05.

Conclusion, the results of this research can be used as a guideline for teaching and learning development to develop system thinking of nursing students in the future.

Key words: Systematic thinking, Nursing Students, Nursing College

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในศตวรรษที่ 21 ในด้านการเมือง วัฒนธรรม รูปแบบของการเจ็บป่วย ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี วิทยาการทางการแพทย์และการพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของคน ส่งผลให้คุณลักษณะของบัณฑิตในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทันสมัย มีความสามารถด้านต่าง ๆ มีมาตรฐานและสมรรถนะที่สอดคล้องกับความต้องการของคนในสังคม เช่น การมีทักษะในการจัดการการเปลี่ยนแปลง และที่สำคัญบัณฑิตทางการพยาบาลจำเป็นต้องทำหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่สังคมโดยมีเป้าหมายหลักเพื่อช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี ซึ่งคุณภาพของการพยาบาลมีผลต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้นบัณฑิตพยาบาลจึงจำเป็นต้องฝึกพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจสามารถพิจารณาปัญหาและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีขั้นตอน อย่างมีเหตุผล บูรณาการความรู้จากทฤษฎีนำมาเชื่อมโยงองค์ประกอบย่อยเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ[1] อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาระดับปริญญาตรีอยู่ในระดับปานกลาง[1, 2, 3, 4]

สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามพระราชบัญญัติผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540 จำนวน 14 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะที่ 1 คือ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม ตามมาตรฐานและกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะที่ 2 คือ ปฏิบัติการผดุงครรภ์อย่างมีจริยธรรมตามมาตรฐานและกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะที่ 3 คือ ส่งเสริมสุขภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย และลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรคและเกิดความเจ็บป่วย สมรรถนะที่ 4 คือ ป้องกันโรคและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค เพื่อลดความเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ สมรรถนะที่ 5 คือ ฟื้นฟูสภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชนทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ สมรรถนะที่ 6 คือ รักษาโรคเบื้องต้นตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล สมรรถนะที่ 7 คือ สอนและให้การปรึกษาบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี สมรรถนะที่ 8 ติดต่อสื่อสารกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมรรถนะที่ 9 คือ แสดงภาวะผู้นำและการบริหารจัดการตนเอง และงานที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม สมรรถนะที่ 10 คือ ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน สมรรถนะที่ 11 ตระหนักในความสำคัญของการวิจัยต่อการพัฒนากากรพยาบาลและสุขภาพ สมรรถนะที่ 12 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะที่ 13 พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล และสมรรถนะที่ 14 พัฒนาวิชาชีพให้มีความเจริญก้าวหน้า และมีศักดิ์ศรี ซึ่งสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ มีความสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560[5] ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้อย่างน้อย 6 ด้าน ที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีคุณธรรมจริยธรรม มีความรู้ มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มีทักษะในการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ และมีทักษะทางปัญญาซึ่งต้องมีความสามารถในการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย วิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลในการอ้างอิง เพื่อพัฒนาความรู้และแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มีความสามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ทางการวิจัย และนวัตกรรมในการแก้ปัญหาทางสุขภาพ และสามารถคิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อหาแนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน และบอกถึงผลกระทบจากการแก้ไขปัญหาได้[6]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เป็นสถาบันอุดมศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม และมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ โดยมุ่งเน้นให้พัฒนาศักยภาพนักศึกษา และเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21[7] ด้วยการฝึกทักษะการใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ สังเกต รวบรวมข้อมูล ให้ผู้เรียนมีความรู้ที่ทันสมัย และปฏิบัติจริง สอดแทรกคุณธรรมจริยธรรม ค่านิยมที่ดีงาม และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ในทุกสาระการเรียนรู้

การปฏิบัติการพยาบาลต้องใช้กระบวนการทางการพยาบาล โดยเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล กระบวนการดังกล่าวนักศึกษาต้องใช้ความรู้ที่เชื่อมโยงจากทฤษฎีมาทำการวิเคราะห์ รวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล เช่น การสอบถามประวัติการเจ็บป่วยจากผู้ป่วย ญาติ แฟ้มประวัติ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ นำข้อมูลมาวิเคราะห์สังเคราะห์ นำไปสู่การตัดสินใจวางแผนการให้การพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลและมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ[8] ดังนั้นการฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ และนำทักษะการคิดอย่างเป็นระบบไปใช้ในกระบวนการดูแลสุขภาพและให้การพยาบาล จึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล

การคิดอย่างเป็นระบบ (system thinking) เป็นการคิดขั้นสูงที่ใช้ในการมองปัญหา วิเคราะห์และ

สังเคราะห์ข้อมูลถึงสาเหตุ สถานการณ์ อย่างเป็นองค์รวมและซับซ้อน โดยมองภาพรวมและองค์ประกอบย่อยที่เชื่อมโยงกันได้ ทำให้สามารถคิดได้อย่างมีเหตุผล มีลำดับ เป็นขั้นตอน มีเป้าหมายที่ชัดเจน บรรลุเป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความมีระเบียบวินัย จัดลำดับ และสร้างระบบในการทำงาน สามารถทำงานเป็นทีม กล้าแสดงออกและสามารถแก้ไขปัญหาได้[9] ประกอบด้วยความสามารถในการคิดที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ และ ความสามารถในการคิดเชิงประยุกต์ใช้[2] ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ ตัวป้อนซึ่งเป็นองค์ประกอบหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับระบบ กระบวนการเป็นการจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของระบบและผลผลิตเป็นผลจากกระบวนการดำเนินงานนั้น ๆ[2] จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ในสถานการณ์หรือปัญหาเดียวกันนั้นการคิดอย่างเป็นระบบของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของแบบแผนที่เกิดจากการคิดอย่างเป็นระบบของแต่ละบุคคล ความรู้เดิม การค้นคว้าเพิ่มเติม[10] และปัจจัยจัยอื่น ๆ ดังผลการศึกษาของศรัญญา จุฬารี และ จันทร์ทิรา เจียรณัย[2] ที่พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ เกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน วิธีการรับเข้าศึกษาเป็นปัจจัยที่ทำให้การคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวัดการคิดอย่างระบบทำโดยใช้แบบทดสอบ เช่น การวัดกระบวนการพื้นฐานของการคิดอย่างเป็นระบบ การวัดกระบวนการวิเคราะห์ระบบในแนวลึก การวัดกระบวนการคิดเชื่อมโยงเรื่องเหตุและผล การวัดการป้อนกลับของเรื่องราว (feedback) การวัดวิธีสอนโดยใช้กรณีศึกษา (case study)[11] และการใช้แบบประเมินหรือแบบวัด เช่น แบบวัดการคิดอย่างเป็นระบบของศุกร์ใจ เจริญสุขและคณะ[4] ที่แปลมาจากแบบวัดการคิดอย่างเป็นระบบ (Systems Thinking Scale: STS) ของมอร์และคณะ (2010)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ จากปีการศึกษา 2559 จากผลการประเมินพบว่า บัณฑิตมีสมรรถนะด้านทักษะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยระดับสมรรถนะต่ำ คือ 3.80 (S.D.=0.57)[12] สอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่อง[13-15] ซึ่งสมรรถนะทางปัญญา หมายถึงความสามารถในการค้นหาข้อเท็จจริง ทำความเข้าใจ สามารถประเมินข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายซับซ้อน และเสนอแนวทางการแก้ไขได้อย่างสร้างสรรค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาผลการประเมินรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ[14] ซึ่งเป็นทักษะที่นักศึกษาจำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้บัณฑิตจึงได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการบูรณาการการสอนทักษะการคิดอย่างเป็นระบบในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่าง ๆ แก่นักศึกษาเพื่อให้เกิดทักษะ และมีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ[10]

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความเป็นจริง และเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะและมีพัฒนาการในการคิดอย่างเป็นระบบ อันจะส่งผลให้สามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิชาชีพพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561

2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561

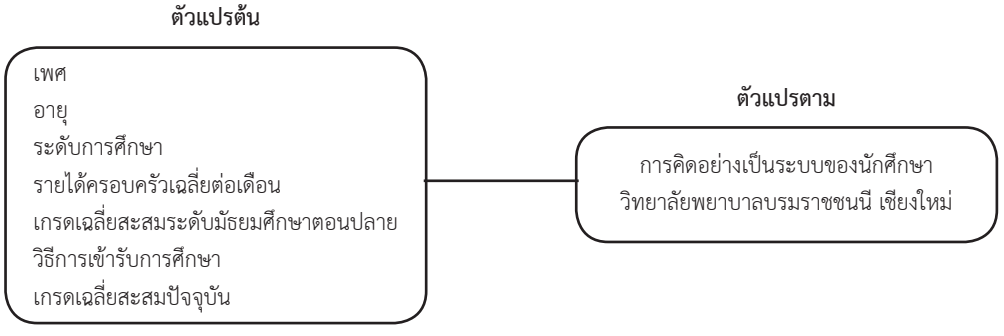
คำถามการวิจัย

1. การคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 เป็นอย่างไร

2. อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย วิธีการเข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบันที่แตกต่างกัน การคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 แตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการคิดอย่างเป็นระบบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิดอย่างเป็นระบบ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย วิธีเข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการคิดอย่างเป็นระบบ และเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 605 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย คำนวณจากสูตรการหาขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบค่าจำนวนประชากร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ตามจำนวนนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึง 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 แล้วจึงสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรของนักศึกษา ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 241 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึง 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561

ชั้นปี	จำนวนนักศึกษาทั้งหมด	ขนาดตัวอย่าง
1	148	59
2	156	62
3	158	63
4	143	57
รวม	**605**	**241**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย วิธีการเข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร-บัณฑิต และเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน 2) แบบวัดการคิดอย่างเป็นระบบของศุกร์ใจ เจริญสุข และคณะ 4 ที่แปลมาจากแบบวัดการคิดอย่างเป็นระบบ (Systems Thinking Scale: STS) ของมอร์ และคณะ (2010) แบบสอบถามดังกล่าวได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือ แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็นเลือกตอบการแสดงพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง จำนวน 5 ระดับ โดยแต่ละค่ามีความหมายดังนี้คือ

การแสดงพฤติกรรมไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน

การแสดงพฤติกรรมนาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

การแสดงพฤติกรรมบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน

การแสดงพฤติกรรมบ่อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน

การแสดงพฤติกรรมเกือบตลอดเวลา เท่ากับ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของการคิดอย่างเป็นระบบคิดเฉลี่ยรายข้อ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการคิดอย่างเป็นระบบมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการคิดอย่างเป็นระบบน้อย โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากคะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของการประเมิน[16] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 หมายถึง การคิดอย่างเป็นระบบอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 หมายถึง การคิดอย่างเป็นระบบอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 หมายถึง การคิดอย่างเป็นระบบอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 หมายถึง การคิดอย่างเป็นระบบอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 หมายถึง การคิดอย่างเป็นระบบอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา

2561 จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Chronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.85[17]

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ E01/2561 ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแจกแบบสอบถามแก่นักศึกษาในแต่ละชั้นปีด้วยตนเอง และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการในการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัย มีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอน หรือการให้เกรดแก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล

2. เข้าพบนักศึกษาตามบัญชีรายชื่อที่สุ่มได้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ชี้แจงสิทธิส่วนบุคคลตามหลักจริยธรรมการวิจัย นักศึกษาทุกคนยินดีตอบแบบสอบถามให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 10 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งเอกสารในกล่องรับคืนแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ให้

4. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 241 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามที่ทุกฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติ Independent sample t test และ One-way ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.7 มีอายุต่ำกว่า 21 ปี ร้อยละ 68.5 ($\bar{x}$ = 22.1, S.D. = 4.6) ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 26.1 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 15,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 46.1 ($\bar{x}$ = 20,323.2, S.D. = 15,195.6) จบจากโรงเรียนรัฐบาล ร้อยละ 93.8 เกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 3.50 - 4.00 ร้อยละ 50.2 เข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รอบรับตรงจากพื้นที่ ร้อยละ 37.8 เกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน 3.00-3.49 ร้อยละ 54.4

2. การคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ นักศึกษามีการคิดอย่างเป็นระบบเฉลี่ย เท่ากับ 3.38 (ระดับปานกลาง) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ (n=241)

การคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด	0	0.0
ระดับน้อย	22	9.1
ระดับปานกลาง	94	39.0
ระดับมาก	114	47.3
ระดับมากที่สุด	11	4.6
รวม	**241**	**100**

$\bar{x}$= 3.38, S.D.= 0.56

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำแนกตาม อายุ เพศ ชั้นปีที่ศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย วิธีการเข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน

การเปรียบเทียบการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ปัจจัยด้านอายุ (P<0.001) ระดับการศึกษาปัจจุบัน (P<0.001) เกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน (P=0.003) มีคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างเป็นระบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=241)

	คะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา					
	จำนวน	$\bar{x}$	SD	Min	Max	P- Value
อายุ (ปี)						
ต่ำกว่า 21 ปี	165	3.49	0.51	2.15	5.00	< 0.001*
มากกว่า 21 ปี	76	3.13	0.59	1.90	4.30	
เพศ						
ชาย	20	3.17	0.49	2.45	3.90	0.084
หญิง	221	3.40	0.56	1.90	5.00	
ระดับการศึกษาปัจจุบัน						
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1	59	3.62	0.46	2.65	4.55	<0.001*
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2	62	3.64	0.46	2.85	5.00	

ตารางที่ 3 (ต่อ) การเปรียบเทียบการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=241)

	คะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา					
	จำนวน	$\bar{x}$	SD	Min	Max	P- Value
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3	63	3.17	0.49	2.00	4.30	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4	57	3.09	0.60	1.90	4.00	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)						
ไม่เกิน 15,000 บาท	92	3.42	0.60	2.00	5.00	0.259
15,001-30,000 บาท	111	3.32	0.53	1.90	4.55	
มากกว่า 30,000 บาท	38	3.47	0.54	2.50	4.55	
เกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษา						
2.00 – 2.49	3	2.98	0.03	2.95	3.00	0.141
2.50 – 2.99	18	3.34	0.56	2.00	3.90	
3.00 - 3.49	99	3.31	0.55	1.90	4.55	
3.50 - 4.00	121	3.46	0.56	2.00	5.00	
การเข้ารับการศึกษาหลักสูตร						
รอบรับตรงจากพื้นที่	91	3.40	0.68	2.00	5.00	0.703
การรับตรง	62	3.33	0.58	1.90	4.30	
Admission	88	3.39	0.39	2.15	4.10	
เกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน						
2.00 – 2.49	7	2.99	0.21	2.70	3.20	0.003*
2.50 – 2.99	80	3.40	0.48	2.00	4.55	
3.00 - 3.49	131	3.32	0.53	1.90	4.55	
3.50 - 4.00	23	3.73	0.85	2.25	5.00	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำแนกตามชั้นปีโดยการเปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธี LSD

ชั้นปี	ชั้นปี	Mean Different	P-Value
1	2	-0.01	0.862
	3	0.46	<0.001*
	4	0.05	<0.001*
2	3	0.47	<0.001*
	4	0.55	<0.001*
3	4	0.08	0.413

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำแนกตามเกรดเฉลี่ยปัจจุบันโดยการเปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธี LSD

เกรดเฉลี่ยปัจจุบัน	เกรดเฉลี่ยปัจจุบัน	Mean Different	P-Value
2.00 – 2.49	2.50 – 2.99	-0.41	0.058
	3.00 - 3.49	-0.33	0.120
	3.50 - 4.00	-0.74	0.002*
2.50 – 2.99	3.00 - 3.49	0.08	0.036
	3.50 - 4.00	-0.33	0.012*
3.00 - 3.49	3.50 - 4.00	-0.41	0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำกว่า 21 ปี อาศัยอยู่กับบิดามารดา จบจากโรงเรียนรัฐบาล มีเกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในช่วง 3.50-4.00 และมีเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบันอยู่ในช่วง 3.00-3.49 จากผลการศึกษา พบว่า มีคะแนนการคิดอย่างเป็นระบบเฉลี่ย 3.38 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมหญิง โควศวนนท์[17] ที่ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษามีคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ สมเกียรติ สุทธรัตน์[18] เรื่องความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม พบว่า ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร

บัณฑิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยงเหตุการณ์ การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์รวมถึงคุณลักษณะด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม สติปัญญา และบุคลิกภาพของแต่ละคน[19] และเนื่องจากการคิดอย่างเป็นระบบต้องอาศัยการคิดหลายรูปแบบมาประกอบกัน ทำให้ในสถานการณ์เดียวกันผู้เรียนแต่ละคนอาจมีแนวคิด และประสิทธิภาพในการคิดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้เดิม การค้นคว้าเพิ่มเติม[11] ความสามารถทางสมอง[20] และประสบการณ์กระบวนการคิดที่ต่อเนื่อง ซึ่งหากไม่มีประสบการณ์ในการคิดอย่างต่อเนื่องอาจจะให้คุณภาพของการคิดลดลงได้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายและเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ได้แก่ การเรียนการสอนแบบอภิปรายกันเป็นรายกลุ่ม (group discussion) การใช้บทบาทสมมติ (role playing) การใช้ผังความคิดรวบยอด (mind mapping) การเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem based learning) การสอนแบบใช้สถานการณ์จำลอง (simulation) และการใช้กรณีศึกษา (case study) เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเหล่านี้มีความเหมาะสมในการฝึกให้ผู้เรียนได้ประยุกต์ใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ เกิดแรงจูงใจค้นหา และศึกษาความรู้เพิ่มเติม ซึ่งการจัดการเรียนการสอนรูปแบบดังกล่าวยังไม่สามารถทำได้ครบถ้วนทุกวิชา ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบให้ครอบคลุมทุกรายวิชา อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย วิธีการเข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน กับการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่า

ปัจจัยด้านอายุ เกี่ยวข้องกับการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ โดยพบว่า นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ ที่มีอายุต่างกันจะมีคะแนนการคิดอย่างเป็นระบบที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ เนาวนิจ พึ่งจันทรเดช[21] ที่ทำการเรื่องศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความคิดอย่างมีวิจารณญาณ จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างเป็นระบบมากกว่านักศึกษาที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ($P<0.001$) เนื่องจากกลุ่มนักศึกษาที่เข้ารับการศึกษาที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทั่วไป คือกลุ่มที่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย มีอายุอยู่ในช่วง 18-21 ปี และกลุ่มนักศึกษาที่เข้ารับการศึกษาในกลุ่มพัฒนาบุคลากร มีอายุอยู่ในช่วง 22-45 ปี ซึ่งในกลุ่มที่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในช่วงอายุที่มีความสมบูรณ์สูงสุดของพัฒนาการทางสมอง มีความพร้อมที่จะรับสิ่งใหม่ ๆ มีความสามารถในการคิด จินตนาการและใช้เหตุผล[22] มากกว่ากลุ่มนักศึกษาที่เข้ารับการศึกษาในกลุ่มพัฒนาบุคลากรมีอายุอยู่ในช่วง 22-45 ปี ดังนั้นจึงมีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบสูงกว่า

ปัจจัยด้านชั้นปีที่ศึกษา เกี่ยวข้องกับการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ที่ศึกษาชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างเป็นระบบมากที่สุด 3.64 คะแนน ใกล้เคียงกับนักศึกษาที่ศึกษาในชั้นปีที่ 1 ที่มีคะแนนเฉลี่ย 3.62 คะแนน แต่นักศึกษาที่ศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ย 3.17 คะแนน และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ย 3.09 คะแนน จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ในชั้นปีที่ 1 และ 2

เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นในด้านทฤษฎี และมีการจัดการเรียนการสอนในวิชาการพัฒนาคิดอย่างเป็นระบบในปีการศึกษาแรกที่นักศึกษาเข้าเรียน จึงทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างเป็นระบบมาก ต่างกับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ที่การจัดการเรียนการสอนของวิชาทางการพยาบาลมีเนื้อหาและรายละเอียดที่ต้องจำและนำไปปฏิบัติ กระบวนการและการวัดผลมักจะเน้นเนื้อหามากกว่าการฝึกให้คิด นักศึกษาจึงใช้การจำเป็นส่วนใหญ่ อาจทำให้เป็นจุดอ่อนในการพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบในระดับสูงขึ้น นอกจากนี้นักศึกษามีการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ใช้การจำหรือทำตามมากกว่าการคิดเพื่อป้องกันตัวเองไม่ให้การพยาบาลผิดพลาด ทำให้ใช้การคิดอย่างเป็นระบบลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พูลสุข หิงคานนท์ และคณะ[23] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และ 2 มีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นด้านทฤษฎี ซึ่งส่งเสริมให้นักศึกษามีการค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ นำมาพิจารณาไตร่ตรองในหลาย ๆ แง่มุม โดยนักศึกษาในชั้นปีที่ 1 จะมีลักษณะของผู้เรียนที่ชอบการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงและผสมผสานข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากข้อเท็จจริงและการสังเกต ทำให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นเหตุผลซึ่งกันและกัน แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุติมา วัฒนะคีรี[24] ที่ทำการศึกษาเรื่องความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ ที่พบว่านิสิตระดับปริญญาตรีที่มีชั้นปีต่างกันมีคะแนนการทดสอบความสามารถในการคิดวิเคราะห์ไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน เกี่ยวข้องกับการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ สอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิกา รักยิ่งเจริญ[25] ที่ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาความสามารถในการใช้ความคิดขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 2 ที่เรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 พบว่าระดับผลของการเรียน (GPA) สามารถทำนายความสามารถในการใช้ความคิดขั้นสูงของนักศึกษาได้ และงานวิจัยของ ลดาพร ทองสง[26] ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณ พบว่าเกรดเฉลี่ยสะสมเป็นปัจจัยที่ดีที่สุดในการทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่านักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมมากมีแนวโน้มการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษามากตามไปด้วย สอดคล้องกับแนวทางการจัดการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติที่มุ่งเน้นจัดการศึกษาให้ผู้เรียนมีคุณภาพต่อการเรียนรู้ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีเพื่อที่จะเป็นทักษะในการพัฒนาตนเองต่อไป ทำให้เป็นผู้ที่มีสามารถคิดวิเคราะห์ ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาได้[27] เกรดเฉลี่ยสะสมจึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของนักศึกษา

ปัจจัยด้านเพศ ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ด้านเกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษา ด้านการเข้ารับการศึกษาหลักสูตร ไม่มีความเกี่ยวข้องกับการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริชัย ดีเลิศ[28] ที่ศึกษาความคิดสร้างสรรค์ของบัณฑิตในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีอัตลักษณ์เชิงสร้างสรรค์ พบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อความคิดสร้างสรรค์ และการศึกษาของศิริมา เขมะเพชร[29] ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสัมฤทธิผลทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสัมฤทธิผลทางการเรียน และการศึกษาของพเยาว์ ดีใจ[30] ที่ทำการศึกษาการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ประเภทโควตาและการสอบคัดเลือกของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร กรณีศึกษาคณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ พบว่าผลการเปรียบเทียบพัฒนาการทางการเรียนระหว่างนักศึกษาโควตาและการสอบคัดเลือกของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริมา เขมะเพชร[29] ที่พบว่า

ด้านเกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษามีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งสาเหตุที่ปัจจัยด้านเพศ ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ด้านเกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษา ด้านการเข้ารับการศึกษาหลักสูตร ไม่มีความเกี่ยวข้องกับการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เนื่องจากนักศึกษาได้ศึกษาและเรียนรู้วิชาการคิดอย่างเป็นระบบหลังจากที่ได้เข้ามาศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่แล้ว จึงส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าว ไม่มีความเกี่ยวข้องกับการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เท่านั้น ผลจากการศึกษาอาจไม่สามารถอธิบายการคิดอย่างเป็นระบบในนักศึกษาสถาบันอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบแก่นักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป

ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยอื่น ๆ ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ศึกษาปัจจัยทำนายของการคิดอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. สุนิภา ชินวุฒิ. ประสิทธิผลของการเรียนแบบร่วมมือเพื่อเสริมสร้างกระบวนการคิดเชิงระบบของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. 2555.
2. ศรัญญา จุฬารี, จันทร์ทิรา เจียรณัย. ความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (Systematic thinking ability of Surannaree University of Technology's Scholars). Veridian E-Journal Silpakorn University ฉบับภาษาไทย มนุษย์ศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ [ออนไลน์]. 2018 [เข้าถึงเมื่อ 2563/11/10]; 11(1): 2220–32. เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/ index.php/Veridian-E-Journal/article /view/ 121546/ 93430tingk.pdf
3. Hwang JI, Park HA. Nurses' systems thinking competency, medical error reporting, and the occurrence of adverse events: A cross-sectional study. Contemporary nurse; 2017 [cited 2020 Nov 12]. 53(3). 1-23. Available from https://pubmed .ncbi.nlm.nih.gov/29166828/
4. ศุกร์ใจ เจริญสุข, จรัสศรี เพ็ชรคง, พัทธวรรณ ชูเลิศ. ผลของการสอนที่เน้นการคิดอย่างเป็นระบบ และจิตสำนึกสาธารณะในบริบทของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559; 2:61-71.
5. กระทรวงศึกษาธิการ. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561/11/13]. เข้าถึงได้จาก: http://www.mua.go.th
6. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. แผนอุดมศึกษาระยะยาว 20 ปี พ.ศ. 2561-2580. กรุงเทพ: พริกหวานกราฟฟิค; 2561)

7. สถาบันพระบรมราชชนก. คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 2561. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก; 2561.
8. Schyve PM. Systems thinking and patient safety. Agency For Healthcare Research. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DL, editors. Advances in Patient Safety: From Research to Implementation. 2nd ed. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 [cited 2018 Nov 13]. 1-4. Available from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20523/
9. ดารณี ไทยประเสริฐ. การพัฒนาทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบของนักเรียน ด้วยสื่อหุ่นยนต์ ปีการศึกษา 2554. โรงเรียนอัสสัมชัญแผนกประถม. [ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2561/11/15]; เข้าถึงได้จาก http://swis.acp.ac.th/pdf/research1/daranee.pdf
10. สราวุธ พัชรชมพู. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการคิดเชิงระบบสำหรับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2559.
11. มกราพันธุ์ จูฑะรสก. การคิดอย่างเป็นระบบ : การประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน (Systems Thinking Teaching Application). พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2551.
12. กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. รายงานสรุปข้อมูลการประชุมคณะกรรมการประกันคุณภาพการศึกษา ปีการศึกษา 2559; 20 ตุลาคม 2559; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. เชียงใหม่. 2559. 2-3.
13. ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, ศิริธร ยิ่งเรงเริง, ประกริต รัชวัตร. การประเมินคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับ ปริญญาตรี ปีการศึกษา 2553-2554 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2556. 7(2): 10-7
14. วิดาพร ทับทิมศรี, เพ็ญวรรณ เข้มขัน, วราภรณ์ วานิช, ปราโมทย์ ฮึงวัฒนากุล. คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2562; 35(1): 252-63.
15. นาตยา พึ่งสว่าง, สิริพร บุญเจริญพานิช. คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารแพทย์นาวี. 2560; 44(2): 1-17.
16. กัลยา วานิชย์บัญชา, และ ฐิตา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ:ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
17. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2543.
18. สมหญิง โควศวนนท์. ผลของการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. 2558; 33(3): 99-108.
19. สมเกียรติ สุทธรัตน์. ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2555; 22(1): 61-67.

20. ทิศนา แขมมณี. ทักษะการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ สร้างสรรค์ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ: การบูรณาการในการจัดการเรียนรู้. วารสารราชบัณฑิตยสถาน [ออนไลน์]. 2011 [เข้าถึงเมื่อ 2561/11/15]; 36(2): 188–204. เข้าถึงได้จาก http://sk.nfe.go.th/sknfe/UserFiles/File/ tingk.pdf
21. วัยญา ยิ้มยวน. การวิเคราะห์อภิมานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดวิจารณญาณ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
22. เนาวนิจ พึ่งจันทรเดช, ประภาพรรณ เปลี่ยนแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. วารสารพยาบาลตำรวจ [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2561/11/15]; 8(1): 125–35. เข้าถึงได้จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/65189/53349
23. ประภาพรรณ จูเจริญ. สมองวัยรุ่น. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
24. พูลสุข หิงคานนท์, ฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช, อิศเรศ จันทร์เจริญ และจักรพันธ์ ชัยทัศน์. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงราย. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561/11/16]; 24(2):61-71. เข้าถึงได้จาก http://www.natnorth.org/cmin/d_upload/journal/2018-12-31_114114.pdf
25. ชุติมา วัฒนะคีรี. ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์. 2561; 4(1): 101-10.
26. กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, อาภรณี ไทยกล้า และนุชนาท ประมาคะเต. การศึกษาความสามารถในการใช้ความคิดขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 2 ที่เรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ [ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2561/11/16]; 6(1): 49-57. เข้าถึงได้จาก Available from: https://he01.tci- thaijo.org/index.php/JHR/article /view/4835
27. ลดาพร ทองสง, ถนิมพร พงศานานุรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณ. วารสารเกื้อการุณย์. [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2561/11/16]; 25(1): 40-55. เข้าถึงได้จาก Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/download/131843/98984/
28. Sternberg RJ, Grigorenko EL. Teaching for Successful Intelligence. 2nd eds. Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2007.
29. สิริชัย ดีเลิศ, ปานใจ ธารทัศนวงษ์ และสมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์. ความคิดสร้างสรรค์ของบัณฑิตในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีอัตลักษณ์เชิงสร้างสรรค์. วารสารการจัดการ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2561/11/16]; 6(1): 16-25. เข้าถึงได้จาก: http://lib.med.psu.ac.th/libmed2016/images/van/van1nov1.pdf
30. ศิริมา เขมะเพชร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสัมฤทธิผลทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ.วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2561/11/18]; 9(1): 152-62. เข้าถึงได้จาก: http://ejournals.swu.ac.th/index.php/jre/
31. พเยาว์ ดีใจ พจนีย์ บุญนา รติมากานต์ ห้วยหงษ์ทอง ออองาม เปรมสุข และอังสนา อนุชานันท์. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาระดับปริญญาตรีประเภทโควตาและการสอบคัดเลือกของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร กรณีศึกษาคณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์. รายงานวิจัย. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร; 2556.

การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่น

Transcultural Healthcare in a Digital Disruption Era

ปรารถนา ลังการ์พินธุ์ Ph.D.* **Prathana Langkarpint, Ph.D.***

Corresponding Authors: Email: plangkarpint@gmail.com
Received: 20 Mar 2020, Revised: 20 July 2020, Accepted: 19 Oct 2020

บทคัดย่อ

บทความวิชาการเรื่องการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่น มีวัตถุประสงค์อธิบายถึงความเป็นมาของการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมโดยใช้วิชาชีพพยาบาลเป็นตัวอย่างในการอธิบายว่า การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นการปฏิบัติพยาบาลใด ๆ ที่คำนึงถึงชีวิต ความเชื่อ ความเข้าใจภาษา ตลอดจนความแตกต่างในมิติทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชนร่วมด้วยโดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง และกล่าวถึงวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ การแสวงหาการรักษาสุขภาพแบบต่าง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม มีความไวในการรับรู้ และให้การดูแลแบบข้ามวัฒนธรรมที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดและรู้สึกพึงพอใจในการเข้ารับบริการด้วย

ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมจึงควรศึกษาถึงแนวคิดและหลักการของการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรม และลักษณะของวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ ผู้เขียนเสนอตัวอย่างของการดูแลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลตามระบบการดูแลสุขภาพ 3 แบบ และได้กล่าวถึงก้าวต่อไปของการดูแลแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่น โดยมีข้อเสนอแนะในการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมที่ตอบโจทย์ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมโดยบูรณาการศาสตร์หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ ข้ามวัฒนธรรม ยุคดิสรัปชั่น

---

* *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค Email: plangkarpint@gmail.com*

* *Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing*

Abstract

This academic paper about transcultural healthcare in a digital era aims to describe the background of transcultural healthcare using transcultural nursing as an example to explain that transcultural nursing is nursing practices that concern about life believe understanding language and differences among custom, tradition, and culture of the clients, their family members, and communities focusing on patient as a center. This paper also gives some comments on healthcare culture and healthcare seeking in various types. Hence, the healthcare provider should have knowledge and understanding about culture, cultural sensitivity, and conventional transcultural healthcare which resulting in the highest benefits for clients and their satisfaction.

Thus, the healthcare provider should study the concepts, principles, and characteristics of transcultural healthcare. Three examples of transcultural nursing care systems were introduced. The author suggests the way forward of transcultural healthcare in digital disruption era by integrating the innovation in comply with outcome indicators and medical treatment.

Keywords: Transcultural, Healthcare, Disruption era

บทนำ

ปัจจุบันสังคมอยู่ในยุคของการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการก้าวกระโดดของเทคโนโลยี (Digital disruption) ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการดูแลสุขภาพ เป็นต้น สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดนี้ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพเนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุจากสังคมหนึ่งไปยังอีกสังคมหนึ่งเพิ่มมากขึ้น นอกจากมีการเคลื่อนย้ายของผู้ใช้บริการสุขภาพในประเทศกลุ่มอาเซียน ตามนโยบายของอาเซียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 แล้ว ยังมีผู้ใช้บริการสุขภาพจากประเทศต่าง ๆ เช่น ญี่ปุ่น เกาหลี จีน อินเดีย รวมไปถึงประเทศในตะวันออกกลางและทวีปยุโรปอีกด้วย พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในกลุ่มวิชาชีพที่ให้การดูแลสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ที่ให้การดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ รวมทั้งประสานงานกับครอบครัวของผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นพยาบาลจึงควรได้รับการเตรียมพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมด้านความรู้ การปรับแนวคิดและทัศนคติ การเสริมสร้างประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรม (Transcultural healthcare) เพื่อให้พยาบาลมีเข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วยและญาติ สามารถรวมรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ มุมมอง แนวคิด การตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลแบบองค์รวม คือให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ

ความเป็นมาของการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรม (Transcultural healthcare)

การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมมีการพัฒนามากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาในภาคพื้นทวีปเอเชีย เนื่องจากมีการรวมตัวของประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ.2558 สมาชิกประชาคมอาเซียนทั้ง 10

ประเทศ ได้แก่ ประเทศ ไทย ลาว เวียดนาม พม่า อินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ กัมพูชา และบรูไน ดารุสซาลาม และยังมีอาเซียนบวกสามประเทศ คือ ประเทศจีน ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้[2] ผลที่ตามมาคือ มีการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของผู้รับบริการและระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งมีโรคอุบัติใหม่ เช่น ซาร์ โควิด-19 และมีโรคอุบัติซ้ำเกิดขึ้น เช่น วัณโรค โรคพิษสุนัขบ้า กอรปกับผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทำให้เกิดความต้องการหลากหลายมากขึ้น[3] วิชาชีพพยาบาลเป็นหนึ่งในแปดวิชาชีพการบริการสุขภาพที่ประชาคมอาเซียนรับรอง การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้ความเข้าใจด้านสังคมวัฒนธรรมของประเทศต่าง ๆ กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้บริการสุขภาพ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ใช้บริการสุขภาพข้ามวัฒนธรรม เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การช่วยเหลือดูแล ฟื้นฟูสภาพและเสริมสร้างสุขภาพ รวมทั้งช่วยในการบำบัดรักษาได้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้มาใช้บริการที่มีความหลากหลายด้านวัฒนธรรมให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมีมาตรฐานและเป็นที่พึงพอใจของทั้งผู้มาใช้บริการและผู้ให้บริการ

ทั้งนี้ได้มีนักวิชาการได้ให้คำจำกัดความของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไว้หลากหลาย โดยไลนินเจอร์[4] ได้ให้คำจำกัดความของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมว่า “เป็นการดูแลผู้ใช้บริการโดยคำนึงถึงความต้องการ เชื้อชาติและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการเป็นข้อมูลหลักในการจัดการพยาบาล ซึ่งการดูแลทางด้านวัฒนธรรมเป็นการมองคุณค่าความช่วยเหลือ ประคับประคอง เพิ่มความสามารถ ปรับปรุงสภาพการณ์ส่วนบุคคล การเผชิญความตาย” เรย์ (Ray)[5] กล่าวว่า “การปฏิบัติพยาบาลใด ๆ ควรจะพิจารณาถึงชีวิต ความเชื่อ ความเข้าใจ ภาษา ตลอดจนความแตกต่างในมิติทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชนร่วมด้วย โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Patient center) จะทำให้การพยาบาลที่เกิดขึ้นได้ประสิทธิภาพสูงสุดกับตัวผู้ใช้บริการมากกว่าการให้บริการตามแนวทางที่ได้รับการศึกษามาโดยมิได้คำนึงถึงบริบทของผู้ใช้บริการ”

ดังนั้นนอกจากพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด หลักการและความสำคัญของการบริการสุขภาพข้ามวัฒนธรรม ควรเข้าใจเกี่ยวกับบริบทของสังคมในภูมิภาคต่าง ๆ ที่แตกต่างกันทางด้านวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมด้วย ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา[6] เสนอว่า การที่พยาบาลจะดูแลผู้ใช้บริการสุขภาพข้ามวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรมีความไวทางวัฒนธรรม (Cultural sensitivity) ซึ่งเป็นการรับรู้ความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ เข้าใจ และตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการสุขภาพข้ามวัฒนธรรมได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยการศึกษาเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ได้แก่ การศึกษาข้ามวัฒนธรรม (Cross cultural study) หรือการศึกษาวัฒนธรรมข้ามชาติ (Inter - cultural study) เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ที่จะช่วยอธิบายถึงความแตกต่างของวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมที่หลากหลาย ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมในยุคศตวรรษที่ 21 ยุคโลกาภิวัตน์ หรือปัจจุบันนี้เรียกว่ายุคดิจิทัลดิสรัปชั่น ทำให้เกิดสังคมที่มีวัฒนธรรมหลากหลายมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการ เช่น มีการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารและการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารแบบไร้พรมแดน การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและโครงสร้างทางสังคมอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีการย้ายถิ่นของคน เพื่อมาประกอบอาชีพและการรับบริการทางด้านสุขภาพของชาวต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น ตามนโยบายความร่วมมือในเครือข่ายสมาชิกอาเซียนกับกลุ่มประเทศต่าง ๆ ดังนั้น การดูแลสุขภาพประชาชนในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงมีความสำคัญและเป็นความท้าทายของพยาบาลในปัจจุบันและอนาคต อย่างไรก็ตามการเตรียมรับสถานการณ์ด้านบริการสุขภาพข้ามวัฒนธรรมเพื่อให้ทันและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รวมทั้งเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการแก่ผู้ใช้บริการต่าง

วัฒนธรรมได้นั้น รูปแบบบริการที่มีอยู่อาจต้องมีหลายรูปแบบหรือมีการปรับเปลี่ยนทั้งในแนวคิด วิธีการ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นแนวคิดทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการพยาบาลและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการ การข้ามวัฒนธรรมเป็นหลักการทางพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งเน้นกระบวนการและวิธีคิดของคนหรือกลุ่ม มักใช้คำว่า “Cross cultural” หรือ “Transcultural” ความหมายของทั้งสองคำนี้แตกต่างกันคือ Cross cultural ไม่ได้มีการเชื่อมโยงของคนในลักษณะของการเข้าไปอยู่ในวัฒนธรรมนั้น ๆ แต่เป็นการศึกษาความแตกต่างหรือความหลากหลายภายในวัฒนธรรม ส่วน Transcultural เป็นการเน้นการเข้าไปอยู่ด้วยและมีการเชื่อมโยงของคนต่างวัฒนธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ พฤติกรรม ภาษาพูด ลักษณะนิสัยของคนหรือกลุ่มคนในชาติ ลัทธิ ความเชื่อ ภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี อาหารการกิน เครื่องใช้ ไม้สอย ศิลปะต่าง ๆ ตลอดจนการประพฤติปฏิบัติในสังคม และผลิตผลของกิจกรรมที่มนุษย์ในสังคมผลิตหรือปรับปรุงขึ้นจากธรรมชาติและเรียนรู้ซึ่งกันโดยยึดถือสืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural nursing) จึงเป็นการพยาบาลที่เน้นการให้คุณค่า และการปฏิบัติโดยเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างทางวัฒนธรรมของบุคคลหรือกลุ่มคนรวมทั้งวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลและการให้บริการทางการพยาบาล ค่านิยมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแบบแผนของพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนในเชื้อชาติ หรือวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้การตอบสนอง ที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลเฉพาะของเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมนั้น โดยผู้ให้บริการจะต้องมีความไวในการรับรู้และให้การพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุดและรู้สึกพึงพอใจในการเข้ารับบริการด้วย

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ และการแสวงหาการรักษาสุขภาพ

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่การดูแลสุขภาพตัวเอง การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ไปจนถึงการดูแลสุขภาพที่อาศัยความรู้วิทยาการหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือพิการ การดูแลรักษาสุขภาพเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเป็นโรค และฟื้นฟูสุขภาพให้เข้าสู่ภาวะปกติ

ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 ปัจจัยสำคัญที่นำมาซึ่งแนวคิดด้านสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม เนื่องจากพบว่าปัญหาสุขภาพบางประเภทเกิดกับบุคคลบางอาชีพ บางวัฒนธรรมหรือบางกลุ่มชาติพันธุ์มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ต่อมาในช่วงศตวรรษที่ 20-21 ได้มีการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมเกิดขึ้น และดำเนินไปอย่างรวดเร็ว กว้างขวาง และพ้นพรมแดน เนื่องจากสภาพสังคมวัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติ แต่ละทวีป แต่ละศาสนา ได้ถูกเชื่อมต่อกันผ่านระบบคมนาคมและการสื่อสารที่ก้าวหน้าทันสมัยและรวดเร็ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมขึ้นส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้คนในสังคมโลกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงวัฒนธรรมดั้งเดิม (Traditional culture) เช่น ความเชื่อ ประเพณี หรือพิธีกรรม เท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงวัฒนธรรมองค์กร (Organization culture) และวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนหนึ่ง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของคนในสังคมในภาพรวมด้วย

สังคมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่นเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมมากขึ้น มีการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารเทคโนโลยีแบบไร้พรมแดน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรเกิดขึ้นในส่วนต่าง ๆ ของโลก มีการย้ายถิ่นของคนเข้ามาประกอบอาชีพ หรืออยู่อาศัยในที่ต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้

การรับบริการทางด้านสาธารณสุขของชาวต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้การดูแลจึงควรค้นหาคำตอบเกี่ยวกับวัฒนธรรมของประเทศต่าง ๆ ตามหลักวิชาการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในวัฒนธรรมที่แตกต่างซึ่งกันและกัน แล้วจึงจะเกิดความร่วมมือและช่วยเหลือกันและกันในด้านบริการสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า เมื่อมองการบริการสุขภาพในเชิงระบบ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมจึงความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ ในมิติต่อไปนี้

1. ประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยมีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานไปในพื้นที่ต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ประชาชนสามารถเข้าถึงสถานบริการในทุกระดับได้ดี จึงส่งผลให้สถานบริการต้องเร่งจัดระบบการ ให้บริการเพื่อรองรับประชาชนที่มีความหลากหลายและมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันตามสภาพพื้นที่

2. การยอมรับนับถือ การมีคุณค่า ศักดิ์ศรีของชีวิตมนุษย์ความเชื่อ วิถีชีวิตตามวัฒนธรรมของบุคคลและสิทธิมนุษยชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการประกาศสิทธิของผู้ป่วย ข้อกำหนดตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและข้อกำหนดของรัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทย ปี พศ. 2540 ส่งผลให้ ประชาชนสามารถเรียกร้องตามสิทธิของผู้ป่วยในการรับบริการในสถานบริการและเรียกร้องให้ผู้บริการด้าน สุขภาพมองผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นโดยไม่มองตามธรรมเนียมปฏิบัติแบบดั้งเดิม

3. การรณรงค์เกี่ยวกับ เพศสภาวะ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทชายและหญิง มีการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องความเท่าเทียมกันในการดำรงตำแหน่งในสังคมของชายหญิงเพิ่มขึ้น ทำให้ต้อง ปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เหมาะสมกับเพศสภาวะ

4. การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการสื่อสารโทรคมนาคม และ ประชาชนสามารถรับข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์และทันสมัย ส่งผลต่อระบบการบริการต้องมีการ ปรับเปลี่ยนและติดตามความรู้ใหม่ ๆ ให้เหมาะสมและทันกับเหตุการณ์

5. การเปลี่ยนฐานความคิดในการดูแลจากการใช้ชุมชนเป็นฐานโดยเฉพาะการปฏิรูประบบ สุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องการใช้แนวคิด ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในการให้บริการจึงทำให้พยาบาลชุมชนผู้ซึ่ง รับผิดชอบการให้บริการระดับปฐมภูมิต้องปรับวิธีคิด และกระบวนการท างานในชุมชน ในการเพิ่มมิติทางสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีของผู้ใช้บริการมากขึ้น เพื่อให้เกิดภาพการบริการที่ตรงตามสภาพปัญหาที่เกิดจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม นอกจากนี้ในสถานบริการของรัฐยังได้เร่งรัดพัฒนาสถานบริการให้เข้ากับหลักความเชื่อด้านศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีของคนในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ใช้บริการ พึงพอใจและไม่ขัดกับความรู้สึก ความเชื่อมากขึ้น

แนวคิดและหลักการของการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรม

การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมเป็นแนวคิดสำคัญที่สามารถนำมาใช้พัฒนาทักษะด้านความเข้าใจความต่างทางวัฒนธรรม เช่น ลักษณะของโรคที่เข้ารับการรักษา ความต้องการเข้ารับการรักษา รวมถึงความแตกต่างด้านสังคม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการที่แตกต่างกันมากขึ้น เป็นการผสมผสานการพยาบาลตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพกำหนดไว้ร่วมกับการนำข้อมูลเชิงวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการมาวางแผนและให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้ให้บริการสุขภาพมีความไว (Sensitive) ในการรับรู้ความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ มีความเข้าใจ และตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรมได้มากก็จะส่งเสริมให้ประสิทธิภาพในการให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การดูแลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาล การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นการนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) มาผสมผสานกับแนวคิดมานุษยวิทยา (Anthropology) โดยกล่าวได้ว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และบริบทสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ย่อมมีการรับรู้และความต้องการการดูแลแตกต่างกัน โดยมี

กรอบแนวคิดทางการพยาบาล 4 มโนมติ คือ

1. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และ สิ่งแวดล้อมที่เป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม เช่น ค่านิยม บรรทัดฐานของแต่ละบุคคล เป็นต้น

2. ด้านบุคคล แต่ละคนย่อมมีแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

3. ด้านสุขภาพ เป็นสภาวะการผสมผสานการตอบสนองความเจ็บป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลควบคู่กับการให้คุณค่าทางวัฒนธรรม

4. การพยาบาล โดยมุ่งให้ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดอื่นที่มาเกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เช่น แนวคิดของมนุษนิยม (Humanism) ซึ่งเป็นมุมมองด้านการให้อิสระและเน้นความเป็นมนุษย์ (Liberal, humanist perspective) มุมมองนี้เน้นความเสมอภาคเท่าเทียม ความเป็นอิสระ มีเสรีภาพเหมือนคนอื่น ๆ การเคารพนับถือและให้คุณค่าของมนุษย์โดยยึดหลักจริยธรรมเป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดหลังโครงสร้างนิยม (Poststructuralist perspective) มองในเรื่องความเป็นพลวัตรหรือมีการเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่งตลอดเวลา การค้นหาความจริงต้องผ่านตัวคนโดยใช้ระบบคุณค่า การตีความ การรับรู้ความรู้สึกของคน จึงช่วยให้เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีสังคมวัฒนธรรมแตกต่าง เช่น เชื้อชาติ ชาติพันธ์ บทบาท เพศ ชนชั้นทางสังคม และความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสถาบันหรือองค์กรที่อาจมีผลบวกหรือลบต่อคนหรือประชากรที่ศึกษา

อาจกล่าวได้ว่า ประเด็นการศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดการดูแลตามวัฒนธรรมเดิมในโลกวัฒนธรรมใหม่ ยังเป็นเรื่องที่ควรจะกล่าวถึงด้วยแนวคิดการดูแลหรือการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เช่น สังคมแบบรวมกลุ่ม (Collective society) หรือสังคมแบบต่างคนต่างอยู่ (Isolate society) และแนวนโยบายของประเทศ เช่น นโยบายทางสังคมของญี่ปุ่นสมัยก่อนเป็นแบบปิดประตูไม่ต้อนรับคนอพยพหรือย้ายถิ่น หรือให้การดูแลผู้ย้ายถิ่นแบบชนกลุ่มน้อย บางประเทศมีนโยบายทางสังคมเป็นแบบผสมกลมกลืน เช่น ประเทศไทยมุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ย้ายถิ่นปรับตัวให้เข้ากับสังคมของคนกลุ่มใหญ่ โดยใช้ภาษาและวัฒนธรรมเป็นสื่อกลาง แนวนโยบายทางสังคมจึงเป็นแบบบูรณาการ ประเทศสิงคโปร์มีแนวนโยบายที่ให้สิทธิกับผู้ย้ายถิ่นอย่างเท่าเทียมกับพลเมืองทุกกลุ่ม ซึ่งเป็นลักษณะของการดูแลในสังคมพหุวัฒนธรรม

อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ซึ่งเริ่มมีการระบาดในประเทศจีนตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2562[7] แล้วแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปยังทุกทวีปทั่วโลก ทำให้แต่ละประเทศมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายจำกัดการเคลื่อนย้ายของประชากร หลายประเทศได้ประกาศให้ประชาชนอยู่ในบ้านและออกนอกบ้านในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น เช่น การออกไปซื้ออาหาร หรือไปโรงพยาบาล หลายประเทศประกาศทำการปิดประเทศโดยไม่อนุญาตให้ชาวต่างชาติเข้าในประเทศ แต่อนุญาตให้ประชาชนชาวต่างชาติที่เคยพำนักอยู่ในประเทศนั้น ๆ ย้ายกลับสู่ถิ่นฐานเดิมของตนโดยการช่วยเหลือของรัฐบาล ซึ่งสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ COVID-19 ดังกล่าวจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่นอย่างไร จึงเป็นประเด็นที่น่าศึกษาอย่างยิ่งต่อไป

ลักษณะของวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ

ลักษณะของวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพสามารถแบ่งออกได้ 2 แบบ ตามภาวะสุขภาพและตามความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพ ประเภทของลักษณะของวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่แบ่งตามภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะคือ

1. วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในสภาวะปกติ หมายถึง แบบแผนทางวัฒนธรรมของสังคมที่มีกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของคนในสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้คนในสังคมมีสุขภาพดี แข็งแรงสมบูรณ์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 วัฒนธรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การกินอาหารประเภทน้ำพริก ผักจิ้ม และอาหารจากธรรมชาติ การออกกำลังกาย การเข้าวัด ถือศีล ทำสมาธิ ทำบุญตักบาตร งดบริโภคสุราและสิ่งเสพติด เป็นต้น

1.2 วัฒนธรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค เช่น การบริโภคอาหารปรุงสุก การคว่ำกะลาหรือใส่ทรายอะเบทเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของยุงลาย การรับวัคซีนภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น

2. วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในสภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความผิดปกติของร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 วัฒนธรรมเกี่ยวกับการรักษาโรค ในแต่ละสังคมต่างมีระบบการดูแลสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกัน 3 ประเภท ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน แบบพื้นบ้าน และแบบวิชาชีพ

2.2 วัฒนธรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การดูแลการพักฟื้นของผู้ป่วยจากคนในครอบครัว การงดบริโภคอาหารแสลง การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง

ประเภทของลักษณะของวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพ สามารถอธิบายได้โดยแบ่งตามตามประโยชน์และข้อด้อยของวัฒนธรรมดังนี้

1. ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้ทารกกินนมแม่นานถึง 2 ปี หรือการห้ามหญิงหลังคลอดบริโภคน้ำดิบ เป็นต้น

2. ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ไม่ได้ให้ประโยชน์ เช่น ห้ามหญิงมีครรภ์กินกล้วยแฝด เป็นต้น

3. ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ไม่แน่ว่าให้คุณหรือโทษ เช่น สังคมแอฟริกันบางสังคมให้เด็กกินดินหรือโคลน เป็นต้น

4. ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ให้โทษ เช่น การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นสาเหตุโรคพยาธิโรคอุจจาระร่วง เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลได้กระทำกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี มีความผาสุก โดยนำเอาแบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน และถ่ายทอดระหว่างกลุ่มวัฒนธรรมต่าง ๆ ในสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคลนั้น ๆ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมทางครอบครัว ภูมิหลังทางวัฒนธรรม และประสบการณ์ส่วนบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองหรือพฤติกรรมการเจ็บป่วย การดูแลตนเองถือเป็นวิถีทางวัฒนธรรมและสังคม เพราะบุคคลจะต้องกำหนดขั้นตอนในการแสวงหาการดูแลสุขภาพ การรักษาตนเองเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย เพราะคนส่วนใหญ่จะรักษาตนเองเมื่อรู้สึกเจ็บป่วยไม่สบาย มีการปรึกษากับสมาชิกครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือชุมชนก่อนไปรักษาในระบบการดูแลสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในสังคมเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้น (Health care system as cultural system) เนื่องจากเมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นในสังคมหรือชุมชน การจัดระเบียบทางสังคมก็จะทำให้เกิดวัฒนธรรมย่อยที่เรียกว่า ระบบบริการสาธารณสุข จึงทำให้ระบบสาธารณสุขเป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ เกิดการแสวงหาการรักษาของประชาชนเกิดขึ้น แนวทางการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นวัฒนธรรมของการดูแลสุขภาพของประชาชนนั้นประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบคือ

1. ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional health sector) เป็นส่วนของการปฏิบัติการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง

2. ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (Folk sector of care) หรือการดูแลแบบทางเลือก เป็นการปฏิบัติการรักษาที่มิใช่รูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กร แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น ไสยศาสตร์ และประเภทที่ไม่ใช่อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น สมุนไพร เป็นต้น

ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน (Popular health sector) เป็นส่วนของการดูแลสุขภาพภาคประชาชนซึ่งถูกปลูกฝังถ่ายทอดกันมาตามวัฒนธรรม ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขสุขภาพและความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพภาคประชาชนมีบุคคลที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคล 4 ระดับ คือ ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย เครือข่ายสังคม (ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน) และชุมชน (เช่น ผู้นำชุมชน) การปฏิบัติด้านสุขภาพในระบบนี้ รวมถึงด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค และการเยียวยารักษา ซึ่งจะได้รับการจัดการโดยตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมที่มีความปฏิสัมพันธ์ด้วย การจัดการนี้เกิดขึ้นตามการรับรู้และประสบการณ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาการรักษาของประชาชนในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมที่มีความปฏิสัมพันธ์ด้วยมีบทบาทร่วมกันในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประเมินอาการ หาสาเหตุของโรค เลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา ประเมินผลการรักษาตลอดจนเลือกแหล่งรักษาใหม่ถ้ายังไม่หาย นอกจากนี้อาจมีการดูแลที่หลากหลายที่ได้จากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เคยเกิดขึ้นร่วมกัน ผสมผสานจากการรักษาทั้งแบบพื้นบ้านและการรักษาแบบสมัยใหม่ เพราะเมื่อคนใดคนหนึ่งในสังคมประสบความสำเร็จจากการรักษาด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือจากแพทย์คนใดคนหนึ่งก็จะแนะนำบอกต่อข่าวสารเป็นที่รับรู้ร่วมกัน ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะอยู่ในชุมชน และถูกเลือกนำมาใช้ในแต่ละโอกาสที่มีความเจ็บป่วยในลักษณะที่แตกต่างเกิดขึ้นในสังคม และมีบริบทแวดล้อมของวัฒนธรรมความเชื่อประเพณีปฏิบัติมาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะของวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพก่อนที่จะพัฒนาตนเองให้เหมาะสม เพื่อที่จะให้การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมได้ถูกต้อง

ก้าวต่อไปของการดูแลแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่น

เมื่อพิจารณาแนวคิด หลักการ และลักษณะของการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมแล้วในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ให้บริการสุขภาพควรมุ่งเน้น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมองหาการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) 2) ด้านการดูแลให้แก่ผู้ใช้บริการที่มีวัฒนธรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาให้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว 3) ด้านการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยดูแลให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกันมากที่สุด และ 4) ด้านความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ของการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ตัวอย่างการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลในการศึกษาโดยวิธีเดลฟายเทคนิคของชฎารัตน์ ครุฑศุทธิพิพัฒน์ และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช[8] พบว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลมี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่น จำนวนการระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง และ จำนวนการเกิดความผิดพลาดในการบริหารยาแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติ เป็นต้น 2) ด้านความพึงพอใจต่อการบริการข้ามวัฒนธรรม เช่น ระดับความพึงพอใจต่อการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยชาวต่างชาติ ระดับความพึงพอใจต่อการสร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม เป็นต้น 3) ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น จำนวนการใช้แหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษา จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ด้านความรู้ของผู้ป่วย เป็นต้น 4) ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อสอดคล้องกับการรักษาพยาบาล เช่น อัตราการการให้ความร่วมมือของครอบครัวผู้ป่วยชาวต่างชาติ อัตราการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องก่อนการส่งตัวไปรักษาต่อที่ประเทศของผู้ป่วย 5) ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน เช่น ระดับความปวด และ/หรือ ระดับความสุขสบาย ระดับความเครียดของครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น

ดังนั้นการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ผู้ให้บริการสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมต้องคำนึงถึงประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้บริการควรพัฒนานวัตกรรมจากงานประจำที่รับผิดชอบ และต้องให้สามารถให้เกิดประโยชน์เชิงพานิชย์ด้วย เพื่อให้เกิดการขยายผลนวัตกรรมที่พัฒนาในด้านการใช้งานและเศรษฐกิจของชาติ การพัฒนานวัตกรรมการดูแลแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่น จึงมิใช่เพียงแต่สร้างนวัตกรรมแล้วเก็บไว้หรือใช้เฉพาะในหน่วยงานหรือองค์กรเหมือนที่ผ่านมา ผู้สร้างนวัตกรรมหรือเรียกกันว่านวัตกรในยุคปัจจุบันควรสร้างนวัตกรรมที่สอดคล้องไปกับการขับเคลื่อนประเทศไทยในบริบทไทยแลนด์ 4.0 นวัตกรจะต้องรู้จักคิดนอกกรอบ คิดสร้างสรรค์ และรู้จักบูรณาการความรู้สู่การพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด ทุกหน่วยงานและองค์ที่ให้บริการสุขภาพควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาการปฏิบัติที่ดีที่สุดทางด้านการดูแลสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ผู้รับบริการ การจัดการระบบการดูแลสุขภาพแบบต่างวัฒนธรรมให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด การดูแลการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบต่างวัฒนธรรมที่เท่าเทียมกันของผู้รับบริการให้ได้มากที่สุด และการมุ่งเน้นเรื่องความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ รวมถึงการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ อย่างคุ้มค่ามากที่สุด

บุคลากรทางสุขภาพที่จะดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่นควรพัฒนาทักษะที่สำคัญ 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ทักษะการพัฒนาตนเอง เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เริ่มตั้งแต่การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปฏิบัติหน้าที่อย่างมืออาชีพ มีความคิดสร้างสรรค์ คิดนอกกรอบ สามารถใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ กล้าที่จะรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตลอดจนการทำงานอย่างเป็นระบบ คิดเป็นระบบ ทำพูด และรายงานอย่างเป็นระบบ

2. ทักษะการทำงานร่วมกับคนอื่น คือความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความสามารถในการประสานงานที่รวดเร็ว แม่นยำและถูกต้อง

3. ทักษะการดูแลที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย คู่ขนานไปกับการพัฒนาคุณภาพในการทำงาน รู้จักใช้ข้อมูลทางวิชาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลทางด้านงานวิจัย และนำมาบูรณาการกับการทำงาน

Campinha-Bacote (อ้างใน สุดศิริ หิรัญชุณหะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ประณีต ส่งวัฒนา)[9] ได้เสนอโมเดลกระบวนการพัฒนารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรม (The process of cultural competence in the delivery of healthcare services model) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 5 ประการ โดยใช้หลัก ASKED (A = Awareness, S = Skill, K = Knowledge, E = Encounter, D = Desire) ดังนี้

1. Awareness หมายถึง การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural awareness) หมายถึง กระบวนการรู้คิดของบุคลากรสุขภาพที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของการให้คุณค่า ความเชื่อ วิถีชีวิต พฤติกรรม และวิธีการแก้ปัญหาของผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม กระบวนการตระหนักรู้นี้ยังรวมถึงการตรวจสอบความอคติของตนเอง ต่อวัฒนธรรมอื่น ๆ และการสำรวจเชิงลึก (In-depth exploration) ถึงเบื้องหลังวัฒนธรรมตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการหลักที่จะนำไปสู่ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงวัฒนธรรมของตนเอง หากบุคลากรสุขภาพยังไม่เข้าใจลึกซึ้งในวัฒนธรรมตนเอง ก็มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการบริการที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม ได้

2. Skill หมายถึง การมีทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural skill) คือ ความสามารถของบุคลากรสุขภาพในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประวัติและปัญหาของผู้ใช้บริการ การมีความไวทางวัฒนธรรม (Cultural sensitivity) รวมถึงการเรียนรู้วิธีประเมินความต่างทางวัฒนธรรม (Cultural assessment) และการประเมินสุขภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บริการ ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุม ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความร่วมมือกับผู้ใช้

บริการเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับบริบทของวัฒนธรรม

3. Knowledge หมายถึง การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural knowledge) คือ การแสวงหาความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับโลกทัศน์ (World view) ของบุคคลที่มีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถเข้าใจโลกทัศน์ของผู้ใช้บริการผ่านมุมมองของผู้ใช้บริการเอง (Emic view) องค์ความรู้เหล่านี้สามารถศึกษาได้จากศาสตร์ต่าง ๆ เช่น การบริการสุขภาพข้ามวัฒนธรรม มนุษยวิทยาการแพทย์ มานุษยวิทยาทางวัฒนธรรม จิตวิทยาต่างวัฒนธรรม และสังคมวิทยา องค์ความรู้พื้นฐานทางวัฒนธรรมยังรวมไปถึงลักษณะเฉพาะทางด้านร่างกาย ชีววิทยา และสรีรวิทยาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์

4. Encounter หมายถึง ความสามารถในการเผชิญและจัดการกับวัฒนธรรม (Cultural encounter) หมายถึง การที่บุคลากรสุขภาพมีความสามารถในการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ใช้บริการที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน มีการสื่อสารทั้งทางวัจนภาษา และอวัจนภาษาอย่างถูกต้องเหมาะสมตามกาลเทศะของแต่ละวัฒนธรรม การหาประสบการณ์โดยการเข้าไปอยู่ร่วมในสังคมต่างวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะประสบการณ์ในลักษณะนี้จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง

5. Desire หมายถึง ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural desire) ของบุคลากรทางสุขภาพที่ทำให้ต้องการเข้าไปสู่กระบวนการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นขั้นที่สูงที่สุดของสมรรถนะทางวัฒนธรรม

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมควรสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคดิจิทัลดิสรัปชั่น ผู้ให้การบริการสุขภาพควรใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลมีให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด การสร้างนวัตกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมที่ตอบโจทย์ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรม โดยบูรณาการศาสตร์หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่ได้มาจากงานวิชาการ งานวิจัย และนำมาประยุกต์ใช้ และพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลในด้านต่าง ๆ เพื่อคุณภาพบริการที่ดีขึ้นและสามารถใช้ประโยชน์ในเชิงพานิชย์ได้ ผู้ให้บริการควรมีความรู้ในการเข้าใจตนเอง โดยฟังผู้รับบริการและครอบครัวให้มากที่สุด แล้วสามารถนำข้อมูลไปการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ ผนวกกับให้การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสนใจในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ผู้ให้บริการควรมีความรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรม คือ เข้าใจความทุกข์ผู้ป่วย รู้จักเสียสละ เพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ผู้ให้บริการสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมควรมีศิลปะในการดูแลผู้รับบริการ สามารถเข้าถึง เข้าใจ และสื่อสารแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ใช้บริการจากกลุ่มประเทศอาเซียน [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562/5/7]. เข้าถึงได้จาก: https://www.stou.ac.th/tcnafile/4-TCNA%20การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ.pdf.
2. อารีย์ ชีวเกษมสุข. การพยาบาลผู้ใช้บริการจีน [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562/5/1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.stou.ac.th/tcna/file/6-TCNA%20การพยาบาลผู้ใช้บริการจีน.pdf

3. ภัทรา ซูริค. ความรู้ ทัศนคติ ความพร้อม และแนวทางการเตรียมการจัดการศึกษาพยาบาลสู่ประชาคมอาเซียน. The Journal of Baromarajanoni College of Nursing, Nakhonratchasima 2017; 23(1): 73-84.
4. Leininger, M.M. Culture care diversity and universality: A theory of nursing. New York: National league for Nursing press redistributed by Jones and Barlett Publishers; 2001.
5. Ray, M.A. Transcultural nursing ethics: a framework and model for transcultural ethical analysis. Journal of Holistic Nursing 1994; 12: 251-254.
6. ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา. บทบาทของอาจารย์พยาบาลต่อการนำแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสู่การปฏิบัติ. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.); 11-22.
7. Sasmita, P.A. et. al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention, and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review [Online] 2020 [Accessed on 2020/3/21]. retrieved from: https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-020-00646-x.
8. ชฎารัตน์ ครุฑศุทธิพิพัฒน์ และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560; 29(3): 19-29.
9. สุดศิริ หิรัญชุณหะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ประณีต ส่งวัฒนา. สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาล: องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. วารสารสภาการพยาบาล 2007; 22 (1): 9-27.

บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน

Nurses' Roles in Supporting Self-management for Preventing Diabetic Foot Ulcer among Patients with Diabetes Mellitus

ชยพล ศิรินิยมชัย พย.ม., อพย.* **Chayaphon Siriniyomchai, M.N.S, Dip.APAGN ***

Corresponding Authors: Email: rsiriniy@gmail.com
Received: 3 May 2020, Revised: 13 Sep 2020, Accepted: 24 Oct 2020

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องจัดการตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานซึ่งเป็นสาเหตุหลักสำคัญที่นำไปสู่การตัดเท้าและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการควบคุมภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานและการกลับเป็นซ้ำของแผลที่เท้าเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าการจัดการตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน หากผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลเท้าที่ดีและมีความสามารถในการจัดการตนเองกับการดูแลเท้าที่เพิ่มขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนงานที่ต้องจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์และการรักษา 2) การจัดการการปรับพฤติกรรมหรือบทบาท และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ บทบาทของพยาบาลในการฝึกทักษะในการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน ประกอบ 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) ทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ 4) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและพยาบาล 5) ทักษะการลงมือปฏิบัติ และ 6) ทักษะการปรับปรุงการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน ซึ่งจะส่งผลในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและทำให้มีสุขภาพเท้าที่ดีตลอดไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวาน แผลที่เท้าเบาหวาน

---

* *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ*

* *Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University*

Abstract

Diabetes is a chronic disease that requires self-management decisions to prevent or delay the onset of complications. Especially, diabetic foot ulcer is the main cause leading to amputation and impact on the quality of life of Diabetic patients. Thus, controlling the risk of diabetic foot ulcers and recurrence of diabetic foot ulcers is important for Patients with Diabetes Mellitus. Currently, there are empirical evidence supporting self-management is the key to preventing diabetic foot ulcers. If the diabetic patient has good foot care and increases the ability of self-management, it will directly affect the prevention of diabetic foot ulcers. Nurses are the closest healthcare providers to patients with Diabetes Mellitus. Nurses play important roles in supporting self-management of patients with Diabetes Mellitus to prevent the development of diabetic foot ulcers. The roles of nurses in supporting self-management include: 1) cure and medical management, 2) behavioral or role adjustment management, and 3) emotional management. The roles of nurses in self-management skills training for Patients with Diabetes Mellitus to prevent diabetic foot ulcer include 1) problem solving skills 2) decision making skills 3) resource utilization skills 4) building partnership with health care provider skills 5) taking action skills and 6) self-tailoring skills in foot care to prevent diabetic foot ulcers. These result in the prevention of foot ulcers and always help maintaining healthy feet.

Keywords: Nurses' role, supporting self-management, patients with Diabetes Mellitus, Diabetic foot ulcer

บทนำ

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานคือการเกิดแผลที่เท้า[1] แผลที่เท้าเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และหากไม่ได้รับการรักษาทันท่วงทีและการดูแลที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ถูกตัดนิ้วเท้า เท้า และขาในที่สุด ก่อให้เกิดภาวะทุพลภาพ ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และเป็นภาระของสังคม บางรายอาจถึงแก่ชีวิตได้[2] ปัญหาแผลที่เท้าจะพบได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายและเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม เกิดอาการชาบริเวณปลายเท้า การรับรู้ความรู้สึกลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายกว่าคนปกติ[3] จากรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2025 จะมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 90 ล้านคนทั่วโลกเกิดภาวะระบบปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic peripheral neuropathy) โดยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวานและมีแผลที่เท้า เกิดการติดเชื้อที่แผล ซึ่งการติดเชื้อนี้นำไปสู่การตัดขามากถึงร้อยละ 84

อัตราการตัดขาที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม[2,4] ถ้าผู้ป่วยเบาหวานดูแลเท้าด้วยตนเองไม่ดี จะเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและนำไปสู่การถูกตัดขาหรือเท้าได้และก่อให้เกิดทุพพลภาพ[5] ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานทั้งทางด้านร่างกาย จะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงส่งผลต่อด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย ซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการแยกตัวเองจากสังคมได้ และอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับครอบครัว เนื่องจากจะมีค่าใช้จ่ายในด้านดูแลรักษาแผลต้องใช้ระยะเวลานาน จึงเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวเพิ่มขึ้น[2,6]จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้ามีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีขึ้น และจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต[7]

ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมหรือสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานในชีวิตประจำวัน ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานและป้องกันการถูกตัดเท้าหรือขาตามมา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง การประยุกต์ใช้การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน และบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน จะส่งให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพเท้าที่ดีตลอดไป

เบาหวานกับการเกิดแผลที่เท้า

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงเล็ก (Micro vascular complications) หลอดเลือดแดงใหญ่ (macrovascular complications) ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน (Peripheral arterial disease) และทำให้เกิดความเสื่อมของประสาทส่วนปลาย (Peripheral neuropathy) ทำให้สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าส่งผลให้ทำให้เท้าสูญเสียความรู้สึกตามมานำไปสู่การสูญเสียการทำงานหรือสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า และการถูกตัดเท้าได้[3] นอกจากนี้ภาวะประสาทส่วนปลายเสื่อมจะส่งผลทำให้เกิดการผิดรูปของเท้า ทำให้มีแรงกดที่ผิวหนังบริเวณฝ่าเท้าสูงขึ้นกลายเป็นหนังแข็ง (Callus) [3,8] มีการศึกษาพบว่า แรงกดจากหนังแข็งนั้นสูงขึ้นกว่าแรงกดที่เท้าปกติถึงร้อยละ 30 โดยแรงกดจากหนังแข็งจะลดการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงผิวหนัง ทำให้มีเนื้อตายและเกิดแผลขึ้นได้ และนอกจากนี้อาการเท้าชายังทำให้กลไกการป้องกันตัวเมื่อได้รับบาดเจ็บลดลง เกิดแผลและลุกลามมากขึ้นได้โดยที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่รู้สึกเจ็บปวด[9]

ปัจจุบันในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดอัตราการถูกตัดขาในผู้เป็นเบาหวานให้ลดลง ร้อยละ 90 ในปี พ.ศ.2561-2565[10] โดยรณรงค์ให้ผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว และชุมชน มีความตระหนักและร่วมมือกันป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน โดยให้สถานบริการสุขภาพเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน โดยเฉพาะภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติถือเป็นเรื่องสำคัญ และควรได้รับการตรวจเท้าปีละครั้งเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าตามแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน[8]

โดยทั่วไปโรงพยาบาลจะมีพยาบาลที่ทำการสอนผู้ป่วยเบาหวาน ในการดูแลเท้าด้วยตนเอง รวมทั้งให้ผู้ป่วยเบาหวาน ฝึกปฏิบัติการดูแลเท้าด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยเบาหวานใส่ใจและตั้งใจปฏิบัติตามที่ได้รับการแนะนำจากโรงพยาบาล สามารถลดการเกิดแผลที่เท้าลงได้[7] หากผู้ป่วยเบาหวานละเลยการปฏิบัติที่เคร่งครัดในการดูแลเท้าอาจเกิดแผลที่เท้า และรุนแรงจนถึงขั้นต้องถูกตัดเท้าหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้น การจัดการตนเองในการดูแลเท้า จึงมีความจำเป็นในผู้ป่วยเบาหวาน ในปัจจุบันการจัดการตนเอง (Self-Management) ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพบว่า การจัดการตนเองเป็นกุญแจที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังประสบผลสำเร็จ โดยสามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้[11-12]

ความหมายเกี่ยวกับการจัดการตนเอง (Self-management)

แนวคิดเรื่องการจัดการตนเอง เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1965 โดย Creer และคณะ[13] ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการโรคหอบหืดในผู้ป่วยเด็ก โดยแนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura ที่เชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ด้วยการเสริมแรงอย่างการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ ภายใต้การเพิ่มสมรรถนะหรือความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)[14] ซึ่งภายหลังมีการใช้แนวคิดเรื่องการจัดการตนเอง มาประยุกต์ใช้ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์และการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง[15] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ให้แนวคิดการจัดการตนเองไว้ดังต่อไปนี้

Creer[16] กล่าวว่าการจัดการตนเองเป็นการกระทำของการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นความสามารถในการติดตามอาการและควบคุมภาวะเจ็บป่วย การควบคุมโรคด้วยตนเอง โดยได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง ที่เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง[16]

Lorig และ Holman[17] ได้ให้ความหมาย การจัดการตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อจะควบคุมอาการหรือความเจ็บป่วยอันแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองซึ่งสะท้อนถึงการจัดการ และนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคและความรุนแรง อีกทั้งการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและเป็นพลวัตรในการกำกับตนเองและอาศัยปฏิสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

Ryan[18] กล่าวถึงการจัดการตนเองของผู้ป่วยว่าขึ้นอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นระบบการใช้ ชีวิตร่วมกันที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ หากมีการเปลี่ยนแปลงในระบบของครอบครัว ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้วย การจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วย จึงเกิดการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว[18]

อารีย์ เสนีย์[19] กล่าวว่าการจัดการตนเองเป็นการเตรียมบุคคลในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพ การรักษา การฝึกมีทักษะต่าง ๆ เพื่อลดผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองจากความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ

ชดช้อย วัฒนะ[19] กล่าวว่าการจัดการตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับความหมายของการจัดการตนเอง สรุปได้ว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อจัดการกับอาการ และภาวะเรื้อรังของโรคที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ด้วยกระบวนการฝึกทักษะ คิดแก้ไขปัญหา วางแผนจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้น ตลอดจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ สามารถปรับเข้าใช้ในการดำเนินแบบแผนชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ และส่งเสริมให้ปฏิบัติทักษะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

การประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน

มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman[17] มาประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน โดยมีหลักฐานสนับสนุนการใช้การจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมาจัดทำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน โดยการจัดการตนเองผ่านกระบวนการด้านความรู้ การฝึกทักษะ การแก้ไขปัญหา การวางแผนในการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน และการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการจัดการตนเอง และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีงานที่สำคัญต้องจัดการในการจัดการตนเอง ที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องทำตลอดชีวิตของการอยู่กับโรคเบาหวาน[20] การศึกษาของ Corbin และ Strauss[21] ที่ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและการจัดการตนเองพบว่า กระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ต้องมีการจัดการซึ่งมีความเฉพาะและผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติให้เกิดทักษะและความสามารถในการจัดการดูแลตนเองกับภาวะเรื้อรัง พฤติกรรมในการจัดการตนเองแบ่งออกเป็นงานที่สำคัญ 3 อย่าง[7,22] ได้แก่

1) การจัดการทางการแพทย์และการรักษา (Medical management) ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยทางด้านอารมณ์ความเครียด และการรับประทานยา[20] ร่วมกับพฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ การดูแลความสะอาดเท้า การตรวจและการประเมินเท้า การสวมรองเท้าที่เหมาะสม การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้าโดยการบริหารเท้าและการนวดเท้า

2) การจัดการปรับพฤติกรรมหรือบทบาท (Behavioral management or Role management) ผู้ป่วยเบาหวานจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเองและคนในครอบครัว การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเท้าและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า จึงเป็นบทบาทโดยตรงของผู้เป็นเบาหวานและคนในครอบครัว เพราะการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเกี่ยวข้องกับการปรับการดำเนินชีวิตและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลที่เท้า

3) การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional management) ผู้ป่วยเบาหวานต้องดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะเสี่ยงที่จะเกิดแผลที่เท้าเบาหวานเป็นระยะเวลาที่ยาวนานย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เกิดความวิตกกังวลในการถูกตัดขา ทำให้กลายเป็นคนทุพพลภาพ ต้องแยกตัวออกจากสังคม

ในการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

นอกจากงานในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้านดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการสนับสนุนการฝึกทักษะที่จำเป็นของการจัดการตนเอง (Self-management skills) ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความมั่นใจในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าทั้ง 6 ทักษะ[2,7,22] ดังนี้

1) ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving) เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเป็นการมุ่งเน้นที่จะให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความตระหนักและปัญหาจากการเกิดแผลที่เท้า ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงเป็นหัวใจหลักของทักษะการจัดการตนเอง การสอนให้ดูแลเท้าเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาแต่จำเป็นต้องสอนทักษะในการแก้ปัญหาในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า โดยการให้ผู้เป็นเบาหวานบอกความหมายของปัญหาเท้าของตนเอง แนวทางแก้ปัญหาที่มีความเป็นไปรวมถึงการร้องขอ

คำปรึกษาต่าง ๆ หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การดำเนินการแก้ปัญหา และการประเมินผลในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

2) ทักษะการตัดสินใจ (Decision making) เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหา สำหรับผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการตัดสินใจเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของเท้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานต้องมีความรู้ที่จำเป็นเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของเท้าที่เกิดขึ้น และการตัดสินใจที่จะทำหรือไม่กระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องอาศัยข้อมูลอย่างเพียงพอและเหมาะสมในการแก้ไขกับปัญหาของเท้าที่เกิดขึ้น ซึ่งการได้มาของข้อมูลหรือแนวทางจัดการนั้นเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมและเป็นส่วนสำคัญของการศึกษาการจัดการตนเอง (Self-management education) ทักษะการตัดสินใจภายหลังได้รับความรู้และข้อมูล

3) ทักษะการแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ (Resource utilization) คือการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเอง ได้แก่ ผู้มีภูมิปัญญาหรือผู้รู้ในชุมชน สื่อบุคคล หนังสือตำรา แผ่นพับ คู่มือ โทรทัศน์ วิทยุ ป้ายประกาศ เป็นต้น โดยการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวาน ทราบวิธีการที่จะใช้แหล่งข้อมูล ที่เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และการช่วยเหลือเมื่อมีแผลที่เท้าเกิดขึ้น

4) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยเบาหวานกับบุคลากรทางสุขภาพ (Forming of patient/ health care provider partnership) เป็นทักษะที่ช่วยให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยเบาหวานกับผู้ให้บริการสุขภาพ บทบาทของผู้ให้บริการดูแลทั้งจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสำคัญมากขึ้นต่อการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ในการจัดระบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกัน และการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้เน้นให้ผู้ให้บริการสุขภาพเปลี่ยนการให้บริการมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการเลือกและจัดรูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า สามารถอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการดูแลเท้ากับบุคลากรทางสุขภาพ และสามารถรายงานเกี่ยวกับเท้าของตนเองได้อย่างถูกต้อง

5) ทักษะการปฏิบัติ (Taking action) เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยเบาหวานลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจะเกิดการเรียนรู้ว่าควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้าอย่างไร สิ่งสำคัญควรมีการกำหนดแผนการปฏิบัติกิจกรรม ระยะสั้นและเป้าหมาย และลงมือปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนด เช่น ในช่วง 1สัปดาห์ หรือ 2 สัปดาห์แรก มีการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการทำความสะอาดเท้า การตรวจและการประเมินเท้า การป้องกันการบาดเจ็บ การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า โดยการ

บริหารเท้า และการนวดเท้า การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน กับบุคลากรทางสุขภาพ และการจัดการกับอารมณ์ ด้านความเครียด ที่จะปฏิบัติและต้องสามารถปฏิบัติได้จริง แล้วมีการกำกับและประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะ โดยการเยี่ยมบ้านหรือติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินผลกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าบรรลุมากน้อยเพียงใด ซึ่งหากยังไม่บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องประเมินแผนซ้ำ กำหนดเป้าหมายใหม่และช่วยกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Improving self-efficacy)[14]โดยความเชื่อมั่นนี้สามารถประเมินเป็นคะแนนได้โดยแบบประเมินที่สร้างขึ้นบนพื้นฐานทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura[14] มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 ถ้าคะแนนมากกว่า 7 แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงและมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อที่จะบรรลุตามแผนที่วางไว้ แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่า 7 จะต้องหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นและสามารถบรรลุตามแผนที่วางไว้ได้

6) ทักษะการปรับปรุงการปฏิบัติ (Self-tailoring) การดำเนินการปรับปรุงการปฏิบัตินั้น บุคลากรทางสุขภาพต้องมีส่วนร่วมในวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อรับฟังปัญหา อุปสรรค ความรู้สึกของผู้ป่วยเบาหวานในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลร่วมกัน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปรับปรุงการปฏิบัติจะเกิดการเรียนรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เฉพาะกับการดูแลเท้า สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ เลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าด้วยตนเองและมีทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจย่อมนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองช่วยทำให้ทักษะการจัดการตนเองในพฤติกรรมการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าคงอยู่ตลอดไป[7,22-23]

พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าจากแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ. 2556[8] เสนอแนะว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ (ต่ำกว่า 126 มก./ดล.) และได้รับการสอนทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และการช่วยให้เข้าถึงแหล่งบริการบริการสุขภาพที่จำเป็น แผนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า พยาบาลควรเน้นบทบาทของผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ และดูแลเท้าเบาหวานร่วมกับทีมสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่สำคัญได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ การทำความสะอาดเท้า การตรวจและประเมินเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้าโดยการบริหารเท้า การควบคุมอารมณ์และความเครียด และการร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้[2,7-8]

1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ โดยการเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจากที่เคยรับประทานมากให้ลดน้อยลง เพิ่มการออกกำลังกาย การรับประทานยาสม่ำเสมอ การลดความเครียด และการพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

2. การทำความสะอาดเท้า ควรทำความสะอาดเท้า โดยใช้สบู่อ่อน ๆ ชำระล้างเท้าให้ทั่วเท้า โดยเฉพาะซอกระหว่างนิ้วเท้า ใช้ผ้าที่สะอาด และนุ่มซับเท้าให้แห้งสนิท โดยเฉพาะบริเวณซอกระหว่างนิ้วเท้าและบนเล็บเท้า ทาโลชั่นหลังทำความสะอาดเท้าเสร็จ บริเวณฝ่าเท้า หลังเท้า ส้นเท้า และขา ยกเว้นบริเวณบนเล็บ และซอกระหว่างนิ้วเท้า ถ้าเท้าเปื้อนสิ่งสกปรกในช่วงระหว่างวันควรทำความสะอาดเท้า โดยการล้างเท้า และเช็ดเท้าให้แห้งทันทีทุกครั้ง หากผิวหนังบริเวณเท้าอับชื้นหรือมีเหงื่อออกมากกว่าปกติ ควรซับกับที่สะอาดให้แห้ง ไม่ควรทำแป้งฝุ่นบริเวณซอกระหว่างนิ้วเท้าและบนเล็บเท้า หลีกเลี่ยงการแช่เท้าในน้ำ หรือน้ำอุ่น

3. การตรวจเท้าและการประเมินเท้า ได้แก่ บริเวณหลังเท้า ฝ่าเท้า ส้นเท้า โดยเฉพาะซอกระหว่าง

นิ้วเท้า และซอกเล็บด้วยตนเอง ดูลักษณะผิวหนังซีดคล้ำ บวมแดง ร้อน เล็บขบ และเชื้อรา คลำหรือกดเพื่อหาจุดผิวหนังแข็งหรือตาปลา ถ้าพบว่าเท้าซีดคล้ำ มีจุดแดง บวม ร้อน หนังแข็ง หรือ ตาปลา ตุ่มพอง เล็บขบ และเชื้อรา ต้องรีบมารับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาล

4. การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า โดยการตัดเล็บเท้าตรงๆ เสมอปลายนิ้ว ไม่ตัดเล็บโค้งเข้าขอบเล็บด้านข้าง หรือตัดเล็บลึกชิด เนื้อจนเกินไป ไม่ใช้วัสดุที่เป็นของแข็งหรือปลายแหลมอื่นๆ เช่น มีด ไม้แคะซอกเล็บ สวมถุงเท้าที่เป็นผ้าฝ้ายที่ไม่รัดข้อเท้ามากจนเกินไป ถุงเท้ามีตะเข็บด้านในให้กลับด้านในออกด้านนอก ควรสวมถุงเท้าก่อนสวมรองเท้าทุกครั้ง เลือกสวมรองเท้า ไม่ควรสวมใส่รองเท้าแตะประเภทที่ใช้นิ้วเท้าคีบ สวมใส่รองเท้าหุ้มส้นที่มีขนาดพอดี สำรวจรองเท้าทั้งภายในและภายนอกรองเท้า เคาะรองเท้าก่อนสวมใส่ทุกครั้ง และสวมใส่รองเท้าทุกครั้งก่อนออกนอกบ้าน

5. การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า โดยการบริหารเท้า โดยการหลีกเลี่ยงการนั่งไขว้ห้าง การนั่งพับเพียบ และท่าบริหารเท้าดังนี้ ท่ากระดกปลายเท้าขึ้นลง ท่ายกส้นเท้าขึ้นลง ท่าเขย่งเท้าขึ้นลง ท่ากระดกเท้าหมุนเป็นวงกลม ท่าเหยียดขาปลายเท้างุ้มลง ท่าเหยียดขาและกระดกข้อเท้าขึ้น และท่าจิกและเหยียดนิ้วเท้า

6. การควบคุมอารมณ์และความเครียด โดยการดูแลตนเองให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ทาให้มีความพร้อมกับการเผชิญกับความเครียด มีสติ ลดการใช้อารมณ์ ขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน และผ่อนคลายความเครียดด้วยการสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ปลูกต้นไม้ ยืดเส้นยืดสาย ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฟังวิทยุ พบปะสังสรรค์กับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน พักผ่อนให้เพียงพอ และ ทำสมาธิ เป็นต้น

7. การร่วมมือในการรักษา มีการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ในการขอคำปรึกษา และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลเท้า และให้ความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพในการมาตรวจตามนัดหมายในการตรวจเท้าประจำปี

เพื่อให้พฤติกรรมการดูแลเท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมีความต่อเนื่องและคงอยู่ตลอดไป ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ และดูแลเท้าด้วยตนเอง ทั้ง 7 ข้อดังกล่าวข้างต้น เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ทั้งนี้จากศึกษาของกรรณิการ์ ศรีสมทรง[7] ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลเท้า ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองดูแลเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลเท้า ดีกว่า ก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าระดับที่ 1 มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าการจัดการตนเองในการดูแลเท้าทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน ซึ่งจะนำไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการตนเองที่ดีและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเท้าจะช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานได้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญ ที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานให้มีพฤติกรรมการดูแลเท้าคงอยู่ตลอดไป

บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

เบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนให้มีความรู้เพียงพอเพื่อสร้างความมั่นใจให้สามารถดูแลและจัดการตนเองได้เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการเลือกเรียนรู้ว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่อย่างไร การจัดการตนเองนอกจากจะเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีแล้วยังช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของผู้ป่วยเบาหวานด้วย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน โดยเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน โดยมีแนวทางดำเนินการดังนี้

1. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องเน้นย้ำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเท้าและผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลเท้าเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวเกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น เช่น การตรวจเท้าทุกวัน เพื่อค้นหาความผิดปกติที่เท้า การดูแลความสะอาดเท้า เพื่อป้องกันการเป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรียและเชื้อรา ไม่ควรสวมใส่รองเท้าแตะประเภทที่ใช้นิ้วเท้าคีบสายรองเท้า และรองเท้าเพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การให้ความรู้ต้องมีการประเมินความเข้าใจทุกขั้นตอนเพื่อสร้างความมั่นใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เปิดโอกาสให้มีการอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันภายในกลุ่ม[7,15,17,20]

2. บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า โดยการเสริมแรงสนับสนุนและให้คำปรึกษาในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลเท้าที่ดีขึ้น ส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและให้ความช่วยเหลือในการดูแลเท้าแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ในระยะแรกผู้ป่วยเบาหวานจะไม่ยอมดูแลเท้าหรือให้พยาบาลตรวจเท้า การให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจ และยอมรับในการดูแลเท้า และให้เลือกวิธีการดูแลเท้าด้วยตนเองให้เหมาะสมกับบริบทของตน[7,23] ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความตั้งใจ และความพยายามในการที่จะฝึกหัดการดูแลเท้า เพื่อให้สามารถดูแลเท้าตนเองที่บ้านได้ พยาบาลจึงมีบทบาทในการประเมินและการคัดกรองผู้ป่วยหวานให้เหมาะสมความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า โดยให้ผู้ป่วยเบาหวาน ค้นปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลเท้า พร้อมทั้งให้ฝึกปฏิบัติการแก้ปัญหาในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเกี่ยวกับปัญหาทั่วไปและปัญหาของเท้าที่พบในผู้เป็นเบาหวาน เช่นการทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้าและการประเมินเท้า การป้องกันการบาดเจ็บ การส่งเสริม และการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า โดยการบริหารเท้า การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้เป็นเบาหวานกับบุคลากรทางสุขภาพ และการจัดการกับอารมณ์ด้านความเครียด รวมถึงการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเบาหวานเห็นความสำคัญของการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ขจัดข้อข้องใจหรือพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองในการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง รวมไปถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้เป็นเบาหวานแต่ละรายเพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยเบาหวานมีแรงจูงใจในการดูแลเท้า[7,15,17,20,24,25]

3. บทบาทในการติดตามเยี่ยมและดูแลต่อเนื่อง หลังจากที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับคำแนะนำการจัดการตนเองในการดูแลเท้าจากพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานต้องกลับไปดูแลเท้าตนเองต่อเนื่องที่บ้าน การเยี่ยมบ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้เป็นเบาหวานและควรติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานก่อนที่จะเกิดแผลที่เท้าขึ้น เพื่อเป็นการประเมินและเตรียม

ความพร้อมให้กับผู้ป่วยเบาหวานในด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว ที่จะร่วมกันประเมินความเสี่ยงและหาแนวทางแก้ไขในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าอย่างต่อเนื่อง[7,23]

4. บทบาทในการติดต่อประสานงานซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเพื่อทำการประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่การประสานงานกับนักกายภาพบำบัดเพื่อแนะนำการลงน้ำหนักที่เท้าและแนะนำรองเท้าเพื่อป้องการเกิดแผลที่เท้าโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า[7,23]

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การเกิดแผลที่เท้าเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีกับการอยู่กับเท้าที่ปราศจากแผลที่เท้าไปตลอดช่วงชีวิต แนวคิดการจัดการตนเองจึงถูกนำมาใช้เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเองผ่านการเรียนรู้ และฝึกทักษะและเสริมสร้างพลังในการจัดการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานและผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีงานที่ต้องจัดการเกี่ยวข้องกับ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการทางการแพทย์และการรักษา การจัดการการปรับพฤติกรรม หรือบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ รวมถึงทักษะหลักในการจัดการตนเอง ประกอบทักษะการแก้ปัญหา การตัดสินใจ การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ ทักษะหุ้นส่วนในการดูแลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทักษะการปฏิบัติและการปรับปรุงการปฏิบัติ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือในคลินิกโรคเบาหวาน สามารถนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานที่ป้องกันได้ ลดอัตราการถูกตัดเท้าหรือขาและช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้ามีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ogurtsova K, Fernandes R, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. Diabetes Research and Clinical Practice 2017; 128:40–50.
2. สายฝน ม่วงคุ้ม. บทบาทพยาบาลในการดูแลเท้าเบาหวาน. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2560; 18(ฉบับพิเศษ): 1-10.
3. ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์. พยาธิสรีรวิทยาของโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์ และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ทริค ธิงค์; 2556. หน้า. 21-34
4. Merriwether EN. Impact of foot progression angle modification on plantar loading in individuals with diabetes mellitus and peripheral neuropathy. Edorium J Disabil Rehabil 2016; 2(1): 15-23.

5. Formusa C, Gatt A, Chockalingam N. The importance of diabetes foot care education in a primary care setting. Journal of Diabetes Nursing 2012; 16(10): 410-14.
6. Moungkum S, Duangpaeng S, Baramee J. Factor influencing foot conditions among people with type 2 diabetes in east Thailand. Journal of Science, Technology, and Humanities 2011;9(2):65-74.
7. กรรณิการ์ ศรีสมทรง. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(3): 120-134.
8. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
9. LeoneS, Pascale R, Vitale M, Esposito S. Epidemiology of diabetic foot. Infez Med 2012; 20: 8-13.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558 เล่มที่ 4 :การบริหารงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง 2557. กรุงเทพฯ:สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง. 2557.
11. อารีย์ เสนีย์. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2): 129-134.
12. ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2560; 11(2) (ฉบับพิเศษ): 97-104.
13. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekarts M, Pintrich P, Seidner M, editors. Self-regulation: theory, research, and applications. Orlando, FL: Academic Press; 2000. p. 601-29.
14. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
15. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2561; 1(1): 46-57.
16. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekarts M, Pintrich P, Seidner M, editors. Self-regulation: theory, research, and applications. Orlando, FL: Academic Press; 2000. p. 601-29.
17. Lorig KR, Holman, HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003;26:1-7.
18. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook 2009;57(4):217-25.
19. ชดช้อย วัฒนะ.การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558; 26: 117-127.
20. พัชรี อ่างบุญตา. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร 2555; 39(3): 93-104.

21. Corbin JM, Strauss A. Unending work and care: Managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass; 1988.
22. Lorig KR, Holman, HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003;26:1-7.
23. Sae-Sia W, Maneewat K, Kurniawan T. Effect of a self-management support program on diabetic foot care behaviors. International Journal of Research in Nursing 2013; 4(1):14-21.
24. ศรินญาภรณ์ พวงเงินมาก, วันเพ็ญ แก้วปาน, ปาหนัน พิชยภิญโญ และ อุไรวรรณ หาญวงค์. สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2560; 23(1): 11-20.
25. ประภัสสร ไชยชนะ และ จุฑามาศ กิติศรี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2561; 24(1): 100-111.

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น: บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Promotion of Breastfeeding among Teenage Mothers: Nurses' Roles in Tambon Health Promoting Hospital

เบญจมาภรณ์ นาคามดี ส.ด.*	**Benchamaphorn Nakamadee, Dr.P.H.***
อัญชลี รุ่งฉาย พย.ม.*	**Anchalee Rungchay, M.N.S.***
เพ็ญนภา ดำมินเศก พย.ม.*	**Pennapa Dumminsek, M.N.S.***
นุโรม จุ้ยพ่วง พย.ม.*	**Nurome Juiphuang, M.N.S.***

Corresponding author: benchamaphorn@hotmail.com

Received: 28 Apr 2020, Revised: 6 Aug 2020, Accepted: 30 Oct 2020

บทคัดย่อ

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องจากอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ มารดาวัยรุ่น ทารก ครอบครัว สังคม และสื่อออนไลน์ การส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นบทบาท ที่ท้าทายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นการประยุกต์ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ Ottawa Charter ประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 4) การเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ จึงอาจเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นประสบผลสำเร็จได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาวัยรุ่น บทบาทพยาบาล

* อาจารย์/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Budhachinaraj

Abstract

The low rate of breastfeeding among teenage mothers has been a public health problem both in the national and global levels. The influencing factors related to decision making for breastfeeding are teenage mothers, babies, families, and social media. Promoting teenage mothers to succeed in breastfeeding is a challenging role of nurses working in a Tambon Health Promoting Hospital. Therefore, the Ottawa charter's health promotion strategies which consisted of 1) building healthy public policy 2) creating support environment 3) developing personal skills 4) strengthening community action and 5) reorienting health services. These may be the methods to promote breastfeeding among teenage mother successfully.

Keywords: Promotion of Breastfeeding, Teenage mothers, Nurses' roles

บทนำ

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหลายประเทศยังอยู่ในระดับต่ำ ทั้งระยะเวลาแรกเริ่มให้นมแม่และความต่อเนื่องในการให้นมแม่[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาวัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงที่จะเลิกให้นมแม่ก่อนกำหนดมากกว่าแม่วัยผู้ใหญ่ จากสถิติมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีเพียงร้อยละ 17 และยังพบว่ามารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เพียงร้อยละ 6.7 เป็นสถิติที่ต่ำมากหากเทียบกับมารดาอายุ 21-35 ปี ที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึงร้อยละ 75[2] ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มารดาวัยผู้ใหญ่ให้นมแม่ในระยะแรกเริ่ม ร้อยละ 65 แต่มารดาวัยรุ่น มีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้น ที่ให้นมแม่ในระยะแรกเริ่ม[3] ประเทศไทยแม้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอดเป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางและเป็นเวลานาน แต่ปัจจุบันกลับพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลับลดลงอย่างเห็นได้ชัดและระยะเวลาที่ให้นมแม่สั้นลง โดยเฉพาะในแม่ที่มีอายุน้อย4 ทั้งนี้ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นไทยพบร้อยละ 27.0 เมื่อเทียบกับมารดาวัยผู้ใหญ่ที่พบร้อยละ 57.6[5] สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น ส่วนใหญ่เกิดจากความไม่พึงประสงค์ เมื่อทารกเกิดมา มารดาวัยรุ่นเหล่านี้ส่วนใหญ่จึงยังไม่พร้อมที่จะดูแลลูกของตนเอง อีกทั้งยังต้องเผชิญวิกฤตในการเป็นวัยรุ่น และการเป็นมารดา มีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น ไม่มีความรู้ ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูก ทำให้อัตราและระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่[6] โดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้เด็กที่เกิดมาจากมารดาวัยรุ่นเหล่านี้มีโอกาสด้อยคุณภาพและประเทศไทยต้องอยู่ในยุค "เกิดน้อย ด้อยคุณภาพ"[1]

ทั้งนี้ บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ในการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และมองว่าเป็นการสาธารณสุขแนวใหม่ที่กว้างกว่าเดิม โดยมุ่งเน้นกลวิธีที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม

ที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 4) การเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ[7] จะเห็นได้ว่า ลักษณะงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิมีความสอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวาทั้งในด้านการวางแผนการปฏิบัติประสานงาน และให้บริการประชาชนทั้งในกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง[8] ทั้งนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ อาจเป็นเพราะภาระงานในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาน้อยกว่าพยาบาลที่ให้บริการระดับอื่น จึงสามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวามากกว่า รวมทั้งการดำเนินการประสานความร่วมมือจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาคชุมชน ภาครัฐ และภาคเอกชนได้มากกว่าระดับอื่น[9] การส่งเสริมมารดาวัยรุ่นให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น จำเป็นต้องมีการบูรณาการความรู้ศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมมารดาวัยรุ่นหลังคลอดให้เลี้ยงลูกด้วยแม้ให้ประสบผลสำเร็จ

ดังนั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงจำเป็นต้องมีความรู้ และความเข้าใจในการนำแนวทางส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาที่สามารถนำมาประยุกต์กับการจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วัยรุ่น ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ ทัศนคติการสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วัยรุ่นอย่างเดียว ปัจจัยที่สำคัญมิได้ขึ้นอยู่กับวัยรุ่นอย่างเดียว ครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความจำเป็นต้องทำงานร่วมกัน จึงประสบความสำเร็จการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา และแก้ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การมีนโยบายสาธารณะให้ชุมชนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการทำพันธะสัญญาและเยี่ยมบ้านด้วยสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่จากร้อยละ 30 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80[10] สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การมีนโยบายสาธารณะในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างน้อย 6 เดือน มีผลโดยตรงต่อการมีทัศนคติ และความเชื่อของชุมชนต่อการให้ลูกดูดนมมารดาอย่างน้อย 6 เดือนได้ เพราะชุมชนเล็งเห็นถึงความสำคัญและผลกระทบที่รุนแรงหากทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย[11] ดังนั้น การมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะช่วยให้ทารกกลุ่มนี้ได้รับสารอาหารเพียงพออย่างต่อเนื่อง มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความเสี่ยงที่จะคลอดบุตรก่อนกำหนด เพราะสรีรร่างกายของวัยรุ่นยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ รวมถึงภายหลังคลอดมีโอกาสที่เลิกล้มความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หากต้องดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด และมารดาวัยรุ่นต้องทำงานเพราะปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือต้องกลับเข้าระบบการศึกษา[12] ดังนั้น การส่งเสริมมารดาวัยรุ่นให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้ประสบความสำเร็จจึงจำเป็นต้องมีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการให้บริการเชิงรุก ซึ่งแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่สามารถตอบโจทย์การบูรณาการนี้คือการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา

บทความฉบับนี้ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางการส่งเสริมมารดาวัยรุ่นให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้ประสบความสำเร็จตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา[7] โดยเนื้อหาประกอบด้วยความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาวัยรุ่นและการประยุกต์กฎบัตรออตตาวาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น โดยมุ่งหวังว่าจะเป็นแนวทางให้พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคุณประโยชน์ต่อทารก มารดาวัยรุ่นหลังคลอด ครอบครัว และสังคมอย่างมาก เพราะน้ำนมของแม่ในระยะ 6 เดือนแรกมีสารอาหารที่สมบูรณ์มากกว่านมผสม สามารถลด

ความเจ็บป่วยของทารกได้ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดให้กับมารดาได้ รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และที่สำคัญสามารถลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน[13] มีรายละเอียด ดังนี้

ด้านทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อทารกอย่างยิ่งเนื่องจากนมแม่เป็นอาหารที่จำเป็น มีคุณประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย สมอง และเชาว์ปัญญาทารก เป็นอาหารที่จำเป็นที่สุดสำหรับทารกในช่วงอายุ 4-6 เดือนแรกของช่วงชีวิต[13] มารดาวัยรุ่นมีโอกาสที่จะคลอดทารกก่อนกำหนดได้มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้บุตรน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย ดังนั้นหากมารดาวัยรุ่นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้ทารกมีการเจริญเติบโตที่ดี ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล[10] คุณประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อร่างกายและสติปัญญาทารก เช่น สามารถลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหารได้ต่ำกว่าทารกที่ได้รับนมผสม สามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคภูมิแพ้ ลดการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในวัยเด็ก ลดการเกิดเบาหวาน และโรคอ้วนเมื่อเติบโตขึ้น[14] ที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้น คือ พัฒนาการทางด้านสติปัญญาของทารกที่รับประทานนมแม่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน พบว่า มีการพัฒนาระดับสติปัญญาและพัฒนาการทางความคิดไปในทางที่ดี และมีระดับเชาว์ปัญญาสูงกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ถึง 5.8 - 8.2 จุด[13] เป็นต้น

ด้านมารดา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ทำให้ช่วยลดภาวการณ์ตกเลือดได้ เพราะมารดาวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตด้านสรีระยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ ทำให้มีโอกาสที่ต้องใช้หัตถการช่วยคลอด หรือมดลูกหดรัดตัวไม่ดีหรือเกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดได้สูง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด[15] ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ขับน้ำคาวปลา มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น ยังเป็นการคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ให้ทารกกินนมแม่อย่างเดียวไม่เคยเว้นการให้นมแม่เกิน 5 ชั่วโมง ทำให้ไม่เกิดการตกไข่ส่งผลให้ประจำเดือนยังไม่มา จะป้องกันการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 98 ในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอด[14] รวมถึงมารดาหลังคลอดวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความกังวลเรื่องภาพลักษณ์ กลัวอ้วน ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถลดน้ำหนักให้กลับคืนสู่ภาวะก่อนตั้งครรภ์เพราะร่างกายนำไขมันส่วนเกินมาใช้การผลิตน้ำนม[4] อีกทั้งยังสามารถส่งเสริมสัญชาตญาณความเป็นแม่ สร้างความผูกพันมารดาทารก[13,16] ด้วยเพราะมารดาวัยรุ่นต้องมีการปรับบทบาทจากวัยรุ่นเข้าสู่บทบาทมารดามักเกิดความขัดแย้ง และมีความลังเลในการเลี้ยงลูก การได้สัมผัสทารก การกอด การอุ้มทารกดูดนมจะช่วยสร้างความผูกพัน (Bonding and attachment) ระหว่างมารดาและทารก[15]

ด้านครอบครัวและสังคม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลา 6 เดือน ช่วยลดค่าใช้จ่ายให้กับครัวเรือนได้ทุกรายการเมื่อเปรียบเทียบกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือนแรก อีกทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือนของมารดาวัยรุ่นช่วยให้ครัวเรือนในประเทศไทยสามารถประหยัดรายจ่ายได้มากกว่า 1.8 พันล้านบาทต่อปี[17] อีกทั้ง การที่ทารกดูดนมแม่ ทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและสมองอย่างเหมาะสม มีพัฒนาการทางด้านเชาว์ปัญญาและพัฒนาการทางอารมณ์ที่ดี มีไอคิว และอีคิวสูง ประเทศชาติจะได้รับประโยชน์จากการมีประชากรที่มีสติปัญญา และสุขภาพแข็งแรง[13]

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ทั้งกับทารกแรกเกิดทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสติปัญญา และไอคิวสูง ส่วนด้านมารดาหลังคลอดทำให้ลดภาวะเสี่ยงที่ส่งอันตรายถึงชีวิตหลังคลอด คือ ภาวะตกเลือด รวมทั้งคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ และส่งเสริมสายใยรักมารดา ทารก รวมถึงครอบครัวทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อนมผสม และด้านสังคมทำให้ประเทศมีประชากรที่ฉลาด และมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีมารดาวัยรุ่นจำนวนมากที่เลือกที่จะไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจดังกล่าว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นนั้นมีปัจจัยที่มีอิทธิพลมากมายที่มีผลต่อการเลือกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่[6,18-19] จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น มีหลากหลายประการ ผู้เขียนวิเคราะห์และแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านมารดาวัยรุ่น 2) ด้านทารก 3) ด้านครอบครัว และ 4) ด้านสังคมและสื่อออนไลน์

1) ปัจจัยด้านมารดาวัยรุ่น สำหรับในปัจจัยด้านนี้นับว่ามีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นมากที่สุด เช่น ปัญหาด้านสรีระมารดาวัยรุ่นมีเต้านมเล็ก หัวนมสั้น ทำให้ไม่มั่นใจและคิดว่าเป็นอุปสรรคในการให้บุตรดูดนม เป็นต้น ปัญหาด้านความรู้เพราะมารดาวัยรุ่นไม่รู้คุณค่าเกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ มีผลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และยังพบอีกว่าหากมารดาได้รับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ในช่วงเดือนแรกหลังคลอดจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยาวนานถึง 6 เดือนเพิ่มขึ้น[6,19] เจคติที่ดีของมารดาวัยรุ่นที่จะช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และช่วยลดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับนมแม่ได้ เช่น เต้านมหย่อนยานเสียรูปทรง[6,18] ประเด็นดังกล่าวเน้นย้ำความแตกต่างของมารดาวัยรุ่นและผู้ใหญ่อย่างชัดเจน[4,5] นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นอีก คือ ความตั้งใจและการรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง หากมารดาวัยรุ่นมีความรู้ เจคติ ความตั้งใจ และทักษะปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลต่อการเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ซึ่งมีแนวโน้มให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนานมากขึ้น จากการศึกษา พบว่า มารดาที่มีสมรรถนะแห่งตนสูง ทำให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง[4,20] และยังสามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดได้ 1.077 เท่าของมารดาที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ[19] รวมทั้งการทำงานนอกบ้าน และระยะเวลาการหยุดงาน มีผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นกัน ทำให้มารดาและบุตรแยกจากกัน ทำให้มารดาเครียด อีกทั้งการขาดการสนับสนุนจากผู้ประกอบการและเพื่อนร่วมงาน สถานที่ที่ทำงานไม่เอื้ออำนวยต่อการบีบเก็บน้ำนม ลักษณะของงานไม่มีการยืดหยุ่นเวลา มีระยะเวลาหยุดงานหลังคลอดน้อย มีความอ่อนล้าจากการประกอบงานล้วนส่งผลให้การให้นมแม่ระยะยาวไม่ประสบความสำเร็จ จากการศึกษายังพบอีกว่าอุปสรรคของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น คือ การไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตนเองต้องออกไปทำงานนอกบ้านจากภาวะทางเศรษฐกิจ จึงต้องพึ่งพาญาติในการเลี้ยงดูบุตรแทน[4,21]

2) ปัจจัยด้านทารก การดูดกลืนของทารกที่ไม่ดีส่งผลให้ทารกดูดนมได้ครั้งละน้อย ๆ บ่งบอกถึงการดูดนมที่ไม่มีประสิทธิภาพ มักจะพบบ่อยในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด ทำให้เกิดความเครียดแก่มารดา แต่หากมารดาได้รับส่งเสริม สนับสนุน และช่วยแก้ไขปัญหาที่พบจะทำให้มารดาผ่านพ้นวิกฤตนี้และมีแนวโน้มในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนานขึ้น การที่ทารกดูดนมแม่ได้อย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพจะช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้เพียงพอและสามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึง 1 เดือนได้[19] นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นที่มีปัญหาการให้นมบุตร มักเลือกวิธีการให้นมผสมแบบขวด ทำให้ทารกมีเกิดการติดจุกนมยางในระยะแรกหลังคลอด จะทำให้ทารกเคยชินกับการดูดจากจุกนมจากขวด ซึ่งมีกระบวนการดูดที่แตกต่างจากการดูดจากเต้าและทำให้ทารกติดการดูดขวดมากกว่า ส่งผลให้ทารกปฏิเสธการดูดนมจากเต้าแม่ได้ ปัจจัยนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกที่มีปัญหาทางสุขภาพ อาทิเช่น คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย หรือมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ทำให้ทารกได้ถูกแยกจากมารดาและไม่ได้ถูกกระตุ้นดูดนมตั้งแต่แรกคลอด จึงขาดการฝึกดูดนมจากเต้าเมื่ออาการหายเป็นปกติ หากนำทารกมาฝึกการดูดนมแม่นั้น จะต้องใช้ระยะ

เวลานานหรือทารกต่อต้านการดูดจากเต้า ทำให้มารดาหลังคลอดมีแนวโน้มเลิกล้มความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปในที่สุด[12]

3) ปัจจัยด้านครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนให้สามีและบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังความรู้ การได้รับคำแนะนำ และการช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานขึ้น[6,13,21] มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือญาติมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์หลังคลอดถึง 2.285 เท่าของมารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือญาติ[19] เนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือว่าเป็นภาระหนัก ส่งผลทำให้มารดาเหนื่อยล้า เครียด เพราะต้องให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมง มีผลต่อปริมาณการไหลของน้ำนม ในทางกลับกัน การได้รับคำแนะนำจากมารดาของสามีที่แตกต่างจากคำแนะนำที่ได้จากโรงพยาบาล ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความสับสน ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเครียด เพราะมารดาหลังคลอดวัยรุ่นเป็นวัยวิกฤตและรับบทบาทมารดาซึ่งถือเป็นช่วงวิกฤตเช่นกัน ทำให้ควบคุมอารมณ์ได้ลำบากอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เกิดการทะเลาะ จนถึงขั้นต้องแยกทาง ดังนั้น การที่มารดาได้รับการช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระหน้าที่ จะทำให้มารดาไม่เครียดและไม่มีผลต่อการสร้างน้ำนม นอกจากนี้ การเป็นกำลังใจ ยกย่องชมเชย และแสดงความห่วงใยจากสามีและญาติเป็นอย่างดี จะทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนานขึ้น[4]

4) ปัจจัยด้านสังคมและสื่อออนไลน์ การบริการจากสาธารณสุขเป็นปัจจัยด้านสังคมที่สำคัญเพราะมีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เนื่องจากมีการส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรฐานของการพยาบาลและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถเข้ารับบริการได้สะดวกและด้วยการบริการอย่างเต็มที่ของเจ้าหน้าที่ และมีกระบวนการสอนและให้คำแนะนำตั้งแต่ฝากครรภ์ คลอด หลังคลอดในโรงพยาบาล จนกระทั่งมีระบบการติดตามเยี่ยมหลังคลอด หากมารดาหลังคลอดมีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถเข้ารับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ได้ ทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะมีผลต่อระยะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นได้เพิ่มขึ้น[6,12,22] อีกทั้งกลุ่มเพื่อนและสื่อออนไลน์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความใกล้ชิดกับเพื่อนมากที่สุดแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ หากมีเพื่อนมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เหมือนกัน จะทำให้มารดาวัยรุ่นกล้าซักถาม และแสดงความคิดเห็น เพราะมีปัญหาคล้ายกัน โดยที่กลุ่มเพื่อนไม่จำเป็นต้องพบกันอย่างเป็นทางการ แต่อาจเป็นกลุ่มเพื่อนในไลน์ หรือใน Facebook เพราะสามารถติดต่อได้สะดวกรวดเร็วและสามารถสื่อสารได้ตลอดเวลา[21,23] สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสังคมปัจจุบัน มารดาวันรุ่นหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จัดอยู่ในกลุ่มเจเนอเรชั่นวาย (Generation Y) และเจเนอเรชั่นแซด (Generation Z) ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ชีวิตโดยมีการพึ่งพาเทคโนโลยีมากเกินไป เสพติดความรวดเร็ว และมีความอดทนต่อการรอคอยต่ำ มีความเป็นตัวของตัวเองสูง แต่บางครั้งอาจขาดทักษะทางสังคมและมีรูปแบบหรือวิถีการใช้ชีวิตบางอย่างที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ[24]

โดยภาพรวมจะเห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านมารดาวัยรุ่น 2) ด้านทารก 3) ด้านครอบครัว และ 4) ด้านสังคมและสื่อออนไลน์ ดังที่กล่าวข้างต้นนั้น มารดาวัยรุ่นมีความแตกต่างจากมารดาวัยผู้ใหญ่อย่างชัดเจน หากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดไม่ได้รับการสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงดังที่กล่าวข้างต้น ดังนั้น องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟจึงได้สนับสนุนให้แต่ละประเทศมีแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeeding) ขึ้นรวมทั้งประเทศไทยเช่นเดียวกัน

แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย

ประเทศไทยได้นำแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขององค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ7 มีการดำเนินโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (The Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI) มาใช้ โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten steps to successful breastfeeding) มีการดำเนินการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 จนถึงปัจจุบัน กรมอนามัย และเครือข่ายนมแม่ของประเทศไทย ได้มีการรณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใต้แนวคิด “นมแม่คือรากฐานแห่งชีวิต” Breastfeeding Foundation of Life มีนโยบายเพื่อส่งเสริม สนับสนุน และปกป้องให้ทารกแรกเกิดทุกคนกินนมแม่ภายใน 30 นาทีแรกหลังคลอด กินนมแม่อย่างเดียวจนอายุ 6 เดือน จากนั้นจึงเริ่มอาหารเสริมตามวัยควบคู่กับนมแม่ จนถึงอายุ 2 ปี โดยมีการดำเนินการประกอบด้วย 3 มาตรการที่สำคัญ ได้แก่ 1) การปกป้อง สิทธิและสุขภาพของเด็กทุกคนไม่ให้เสียโอกาสในการกินนมแม่ ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ควบคุมกำกับ และมีกฎหมายลาคลอดบุตรและให้สามีลาไปช่วยเหลือภรรยาที่คลอดบุตร 2) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้แม่มีความรู้ ทัศนคติและความตั้งใจที่จะให้นมลูก และพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้ตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก และ 3) พัฒนาศักยภาพพยาบาลนมแม่ เพื่อให้ความช่วยเหลือดูแลและแก้ไขปัญหาให้กับหญิงตั้งครรภ์และให้นมลูก และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจุบันมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถให้นมลูกได้ ต้องฝากลูกไว้กับผู้เลี้ยงดู จึงมีการสนับสนุนการขนส่งนมแม่ข้ามจังหวัดสำหรับแม่ทำงาน[17] อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์การดำเนินงานที่ผ่านมาจะพบว่าถึงแม้รัฐบาลจะมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างชัดเจน แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาวัยรุ่นในครอบครัวไทยยังมีอัตราที่น้อยมาก ดังนั้นการพัฒนาแนวทางใหม่ ๆ ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคดิจิทัล สำหรับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น จึงมีความจำเป็นเพราะมารดาวัยรุ่นมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ มีปัจจัยเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่มารดาวัยรุ่นเท่านั้น ยังมีครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่ต้องร่วมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นให้ประสบความสำเร็จ บทความนี้ขอเสนอแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาวัยรุ่น

การประยุกต์กฎบัตรออตตาวาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น

การประยุกต์ใช้แนวคิดกฎบัตรออตตาวาเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำไปเป็นแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น เป็นการดำเนินงานเชิงรุกทั้งในรูปแบบภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และหมอครอบครัว แตกต่างจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เน้นการให้บริการเชิงรับ สามารถดำเนินการดังนี้[7,25]

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) เพื่อให้ทุกภาคส่วนทุกระดับเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น รัฐบาลไทยได้กำหนดนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ค่อนข้างชัดเจน เช่น การกำหนดนโยบายให้มีโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการมีแนวทางปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการลาของข้าราชการ พ.ศ. 2555 ว่าด้วยการลาคลอดบุตรของราชการ การลาดูแลภรรยาและบุตรแรกเกิดในกรณีที่สามีเป็นราชการ ในส่วนของการลาคลอดของลูกจ้าง

หรือพนักงานเอกชน ได้รับความคุ้มครองจากพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 และพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เช่นเดียวกับมาตรการของกรมอนามัย เรื่องการปกป้องคำนึงถึงสิทธิและสุขภาพของเด็กทุกคนไม่ให้เสียโอกาสในการกินนมแม่ ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ควบคุมกำกับ[17]

สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประยุกต์แนวคิดกฎบัตรออตตาวาด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น จึงต้องมีบทบาทในการเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อย่างน้อย 6 เดือน ภายในชุมชนให้พร้อม ในการนำเสนอภาคีเครือข่าย รวมถึงความแตกต่างของลักษณะอาชีพของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ปัจจุบันสถานประกอบการมีกฎหมายควบคุมสนับสนุนมารดาหลังคลอดให้นมบุตรสถานที่หรือห้องบีบน้ำนม แต่ยังไม่พบว่าสถานศึกษาในประเทศไทยมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบีบน้ำนมที่โรงเรียน การจัดสรรงบประมาณในกองทุนสุขภาพเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยแม่ที่คลอดใหม่ทุกรายจะได้ของเยี่ยมให้กำลังใจรายละ 500 บาท มีงบประมาณช่วยเหลือแม่ที่ทำงานนอกบ้านโดยทุกหมู่บ้านจัดทำกลุ่มอาชีพหมู่บ้านละ 1 กลุ่ม มีการประกาศใช้นโยบายสาธารณะในชุมชน กำหนดพันธสัญญาด้านนมแม่โดยลงนามสัญญาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในระยะเวลา 6 เดือนสำหรับแม่ที่คลอดใหม่ทุกราย โดยมีเป้าหมายในดำเนินงานที่มุ่งให้ทั้งแม่และลูกมีสุขภาพดีสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม[25] สอดคล้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านการวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย และด้านการประสานงานร่วมกับภาคเครือข่าย[8,25] เริ่มตั้งแต่วางแผน รายงานสถานการณ์ อธิบายความสำคัญ และนโยบายเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ของมารดาวัยรุ่น เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญและร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อวางนโยบาย11 การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และสรรหาแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน

การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของมารดาวัยรุ่น (Creating supportive environments) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพมารดาวัยรุ่น ตามหน้าที่ความรับผิดชอบได้ทั้งในด้านการวางแผน ประสานงาน ปฏิบัติการ และด้านการบริการ[8,25] โดยเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นตั้งครรภ์มีการประสานงานกับครอบครัว โรงเรียน และโรงพยาบาล ในขณะเดียวกันจัดให้มีช่องทางด่วนการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีปัญหา เมื่อวัยรุ่นคลอดมีการส่งต่อกับทีมสุขภาพหรือภาคเครือข่าย ปัจจุบันกรมอนามัยมีมาตรการการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยเพราะปัจจุบันแม่หลังคลอดส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน ทำให้แม่ไม่สามารถให้นมลูกจำเป็นต้องฝากลูกไว้กับญาติ จึงมีการขับเคลื่อนโครงการนำร่องเพื่อช่วยสนับสนุนการขนส่งนมแม่ข้ามจังหวัดสำหรับแม่ทำงาน โดยนำร่องในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากภาคเอกชนผู้ประกอบธุรกิจสายการบินและรถโดยสารประจำทาง ทำให้การขนส่งนมของคุณแม่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี[2]

สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประยุกต์แนวคิดกฎบัตรออตตาวาด้านการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จึงต้องมีบทบาทเป็นผู้ประสานกับโรงพยาบาลภายหลังมารดาวัยรุ่นคลอด อีกทั้งต้องมีการประสานครอบครัว หรือสถานประกอบการหรือภาคเครือข่ายในการจัดมุมนมแม่เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ในโรงงานต่าง ๆ ห้างสรรพสินค้า โรงแรม มีมุมนมแม่ เพื่อจะอำนวยความสะดวกต่อการเก็บน้ำนม ซึ่งผู้เขียนมีความคิดเห็นว่านอกจากสถาน

ประกอบการมีการจัดตั้งมุมนมแม่ สถานศึกษาควรมีมุมนมแม่สำหรับให้บริการแก่นักเรียน นักศึกษา เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วัยรุ่นระยะยาว เช่น มีห้อง ตู้เย็น และภาชนะสำหรับบีบเก็บน้ำนม เพื่ออำนวยความสะดวกให้นักเรียนสามารถบีบเก็บน้ำนมได้ในระหว่างเวลาเรียน นอกจากนี้ บทบาทของสถานศึกษาที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ต้องมีระบบการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองนักเรียน นักศึกษาให้ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสมตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 อีกทั้งหากชุมชนโดยองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมออกแบบจุดเรียนรู้ด้านนมแม่หรือป้ายกระตุ้นเตือนหรือส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วัยรุ่น ในแต่ละหมู่บ้าน จะเป็นการแสดงถึงการจัดสิ่งแวดล้อมอย่างเข้าใจ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ประสบผลสำเร็จ[26] รวมถึงการจัดมุมให้ความรู้เรื่องนมแม่ในโรงเรียนหรือสอนประโยชน์นมแม่ในโรงเรียนจะเป็นกลวิธีที่ส่งเสริมความรู้และให้นักเรียนเกิดความตระหนักและตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ในอนาคต เช่น จัดกิจกรรมสำนึกบุญคุณนมแม่ให้กับนักเรียนในสัปดาห์นมแม่แห่งชาติ วันที่ 1-7 สิงหาคมของทุกปี เป็นต้น จะเห็นว่าบทบาทต่าง ๆ ในการการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ได้ทำหน้าที่ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้เสริมพลัง ผู้อำนวยความสะดวก ผู้ ประสานเครือข่าย โดยเป็นนักบริหารจัดการและเป็นที่ปรึกษาอย่างชัดเจน[8]

3. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น (Developing personal skills) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลซึ่งเป็นสมรรถนะที่บุคคลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งผู้เขียนนำเสนอการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของทั้งมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ครอบครัว ภาคีเครือข่ายและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยครอบคลุมทักษะ 3 ด้าน[25] ได้แก่ 1) ทักษะชีวิต (Life skills) 2) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) และ3) การจัดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-management) เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีการดูแลตนเองจึงเป็นการปฏิบัติพื้นฐาน

สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประยุกต์แนวคิดกฎบัตรออตตาวาด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น จึงต้องมีบทบาทในการพัฒนาทักษะมารดาวัยรุ่น ญาติ รวมทั้งพยาบาล และภาคีเครือข่ายการพัฒนาทักษะมารดาวัยรุ่น ญาติ สามารถดำเนินการโดยวิธีการสอน การอบรม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และการฝึกปฏิบัติ เช่น เตรียมหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และครอบครัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอดที่โรงพยาบาล จากนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รับดูแลต่อโดยการติดตามทั้งความรู้ ทัศนคติ ทักษะและบริบทที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีเจคติที่ดีนั้นเป็นผลมากจากการที่มารดาได้รับความรู้ที่ถูกต้องและทักษะการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยการมีทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น เกิดจากการที่มารดาวัยรุ่นได้รับการฝึกฝนทักษะที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจ สามารถลดปัญหาที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[6,27] อีกทั้งบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้ และความเชื่อของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้แก่ มารดาสามี หรือยาย หรือย่า เนื่องจากมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงยังเป็นวัยที่ขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความสำคัญช่วยสนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจและความต่อเนื่องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[4,6,26-27] โดยเฉพาะรายที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อนสามารถคอยช่วยกระตุ้นมารดาวัยรุ่น และทำอาหารบำรุงน้ำนมเพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอต่อการเลี้ยงลูก รวมถึงการดูแลเต้านม การเตรียมนมแม่วัยรุ่นสำหรับให้ทารก ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างเสริมพลังใจและพลังอำนาจ[4,23]

ให้มารดาวัยรุ่นมีความพร้อมและตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองแบบระยะยาว อีกทั้งปรับทัศนคติผู้ดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และวิธีการจัดการนมของแม่วัยรุ่นเพื่อเตรียมนมให้บุตรหลาน รวมถึงครูหรือเจ้าของสถานประกอบการ และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อให้เห็นความสำคัญของการให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น สอนทักษะการป้อนนมทารกโดยผู้ดูแล สอนทักษะการเตรียมอาหารกระตุ้นน้ำนมแม่[22] ดังนั้น ภาคีเครือข่ายอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและพยาบาล ต้องมีการพัฒนาทักษะของตนเองในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วัยรุ่น เช่น ธรรมชาติและความแตกต่างของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกับมารดาวัยผู้ใหญ่หลังคลอด อาหารบำรุงน้ำนม ผลิตภัณฑ์ที่อำนวยความสะดวกมารดาวัยรุ่นขณะให้นมบุตร ทักษะการประคบเต้านม ทักษะการบีบน้ำนม ทักษะการป้อนนมทารก[6,23]

การเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง (Strengthening community action) ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น เป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญในชุมชน คือ ทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมการดำเนินการต่าง ๆ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ ดังนั้น หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเริ่มตั้งแต่วางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย ประสานงานร่วมกับภาคเครือข่าย ปฏิบัติการและให้การบริการ[25] ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วัยรุ่น โดยการพัฒนากระบวนการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มี 4 วงจร ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความตระหนักการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และบทบาทของบิดา มารดา และญาติ 2) สร้างระบบรองรับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยส่งเสริมสายใยครอบครัว 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น และ 4) การฝึกทักษะสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุนช่วยเหลือมารดาวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วงอายุ 0-1 เดือน 3 และ 6 เดือน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100, 70.21 และ 23.40 ตามลำดับ[26] รวมทั้ง การจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถเพิ่มพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้พลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้ช่วยเหลือหลักได้[23]

สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประยุกต์แนวคิดกฎบัตรออตตาวาด้านการเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็งในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น เป็นการเสริมแรงและให้การสนับสนุนทางสังคม โดยมีบทบาทในการประสานงานและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้ทั้งกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และภาคเครือข่าย เช่น มีการเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่าย[22] จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความไว้ใจเพื่อน และมีแนวโน้มที่จะเชื่อเพื่อนเพราะเป็นการสื่อสารในวัยใกล้กัน ปัญหาที่พบจะมีความคล้ายกันทำให้เกิดความเห็นใจกัน[27] ร่วมกับเชิญผู้ที่มีอิทธิพลที่ให้ความช่วยเหลือหลักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมสนับสนุนด้านสังคม พร้อมทั้งให้ความรู้กับผู้ช่วยเหลือหลักเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก ส่งผลให้มารดาประสบความสำเร็จและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกเพิ่มขึ้น[6,23] มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วัยรุ่นให้เป็นกิจวัตรของชุมชนส่งเสริมให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจของชุมชน ส่งเสริมภูมิปัญญาหรือนวัตกรรมของชุมชนในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เช่น อาหารสมุนไพรบำรุงน้ำนม อบสมุนไพรเพื่อบำรุงน้ำนม ดำเนินการขับเคลื่อนด้วยกิจกรรมตำบลนมแม่ โดยมีเวทีเสริมแรงภาคีเครือข่าย เช่น การนำเสนอเวทีระดับชาติ การยกย่องในที่ประชุมหน่วยงานระดับอำเภอหรือจังหวัด เป็นต้น ดำเนินการในรูปแบบ Plan-Do-Check-Act เพื่อให้เกิดการพัฒนาสามารถปรับรูปแบบได้ตามสถานการณ์ทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพสำหรับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาวัยรุ่น (Reorienting health services) เป็นบทบาทของทุกภาคส่วนที่ต้องทำงานแบบภาคีเครือข่าย ปรับเปลี่ยนทิศทางมาสู่การส่งเสริมสุขภาพมิใช่เพียงให้การดูแลรักษาเท่านั้น บริการสุขภาพต้องสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางวัฒนธรรม และเปิดโอกาสให้ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพได้เชื่อมโยงกับภาคอื่น ผู้เขียนให้ความสำคัญกับบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เพราะถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลตามที่กองการพยาบาลได้กำหนด ทั้งด้านการบริหาร การประสานงาน การปฏิบัติการการบริการ และการเป็นที่ปรึกษา โดยเริ่มตั้งแต่มีการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง ตั้งแต่วัยรุ่นตั้งครรภ์ร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมีการเฝ้าระวัง และช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งในทั้งในครอบครัวและในชุมชน เช่น โรงเรียน หรือสถานประกอบการ มีการติดตามภายหลังคลอดผ่านการเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่าย[6,26] ซึ่งหากทีมเยี่ยมบ้านเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการให้นมบุตร จะทำให้มารดาวัยรุ่น และครอบครัวมีความเชื่อมั่น และมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[20,22] มีความสอดคล้องกับธรรมชาติของมารดาวัยรุ่นในยุคปัจจุบันที่มีความเชื่อต้องมองเห็นจากต้นแบบ[4,26] การจัดกิจกรรมกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนเพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายใต้ความเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น และตรงตามความต้องการวัยรุ่น โดยนำครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาวัยรุ่น

สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประยุกต์แนวคิดกฎบัตรออตตาวาด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นพยาบาลยุคใหม่จึงต้องมีบทบาทในการวิเคราะห์ธรรมชาติของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพราะปัจจุบันมารดาวัยรุ่นอยู่ในกลุ่มเจเนอเรชั่นวายให้ความสำคัญกับดาราหรือเซเลบริตี้หรือไอดอลที่ตนเองชอบซึ่งสามารถโน้มน้าวใจได้ และกลุ่มเจเนอเรชั่นแซดให้ความสำคัญกับการรับข่าวสารทางสื่อสังคมออนไลน์หรือโซเชียลมีเดียบ่อยที่สุด ชื่นชอบยูทูปเพราะเป็นช่องทางสร้างเครือข่าย และเป็นปากเสียงในการบอกเล่าเรื่องราวของตัวเองให้สังคมรู้เพื่อยกย่องหรือกดไลค์ตนเอง[28] กิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดต้องเน้นที่การสร้างแรงจูงใจหรือแรงบันดาลในผ่านไอดอลหรือดาราต้นแบบผ่านการเล่าประสบการณ์ของตนเองผ่านสื่อออนไลน์ให้เกิดยอดไลค์ซึ่งแสดงถึงพลังและกำลังใจให้ดำเนินการสำเร็จ[29]

การที่พยาบาลนำ Tablet หรือ Smart phone มาประยุกต์ใช้ในการสอนหรือให้ความรู้กับผู้เรียนหรือมารดาวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน ในรูปแบบ E-learning ถือเป็นวิธีการสอนที่สามารถนำอุปกรณ์การสื่อสารที่ผู้เรียนหรือผู้รับบริการมีอยู่ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มารดาวัยรุ่นหรือผู้เรียนวัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ มีความรู้ มีทักษะในการตัดสินใจได้ดี อีกทั้งยังสามารถนำกลับมาดูย้อนหลังได้ตามความต้องการของผู้เรียนหรือผู้รับบริการ[30] ถือว่าตอบโจทย์ความต้องการของวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน รวมทั้งมีการสร้างพลังและความตั้งใจให้กับมารดาวัยรุ่นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน เช่น สร้างเพจนมแม่วัยทีนโดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็น Admin จากนั้นดึงแม่วัยรุ่นในพื้นที่เป็นสมาชิกกลุ่ม มีการถามตอบปัญหาอุปสรรคการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มี Mobile ช่วยแก้ปัญหาถึงบ้านจากนั้น Check in พร้อมเล่าเรื่องราวประทับใจที่เกี่ยวกับแม่วัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในระยะเวลา 6 เดือน และกระตุ้นกดไลค์เพื่อเป็นแรงเสริม หรือมีการจัดภารกิจ Challenge ท้าให้แม่วัยรุ่นในพื้นที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะเวลา 6 เดือนสำเร็จ เพื่อชิงรางวัลบัตรกำนัล (Gift voucher) ที่ได้มาจากภาคีเครือข่าย จากนั้นมีการติดตาม โดยมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาและให้แรงเสริมเป็นระยะ

บทสรุป

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถประยุกต์แนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาวัยรุ่น ได้ เพราะเป็นการบูรณาการภาคีเครือข่ายในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วัยรุ่นจนประสบความสำเร็จ ส่งผลให้บุตรที่เกิดมามีคุณภาพชีวิตที่ดี และเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2569 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2563/02/14]. เข้าถึงได้จาก: http://plan.psru.ac.th/index.php?module=policy&id=225
2. กรมอนามัย. อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในไทยยังต่ำ สธ.หนุน 'Working Mom' เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ2563/02/14]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2015/09/10785
3. Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E. & Fleming, N. Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Pregnancies: A Cohort Study. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2015;28(6):516-521.
4. มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบทบาทพยาบาลและครอบครัว. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2562;12(1):1-13.
5. Puapompong, P., Raungrongrakot, K., Manoleratewan W., Ketsuwan, S., & Wongin, S. Teenage pregnancy and exclusive rates. Journal Medicine Association of Thailand 2014;97(9):893-898.
6. มยุรา เรืองเสรี. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึงอายุ 6 เดือนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.เมือง จ.อุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2560; 6(1): 37-48.
7. World Health Organization. Milestones in health promotion statements from global conferences [Internet]. Geneva: World Health Organization [online]. 2009 [cited 2020/02/15]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf?ua=1
8. กองการพยาบาล. หนังสือบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2561
9. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, ศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร และณัฐา วงศ์วุฒิสาโรช. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่ภาคกลาง. วารสารพยาบาลทหารบก 2559; 17(1): 54-62.
10. Kanhadilok, S., McCain, N. L., McGrath, J. M., Jallo, N., Price, S. K. & Chiaranai, C. Factors associated with exclusive breastfeeding through four weeks postpartum in Thai adolescent mothers. The Journal of Perinatal Education 2016; 25(3): 150-159.

11. Mundagowa, P. T., Chadambuka, E., M., Chimberengwa & Mukora-Mutseyekwa, F. Determinants of exclusive breastfeeding among mothers of infants aged 6 to 12 months in Gwanda district, Zimbzbwe. International Breastfeeding Journal 2019: 14(30); 1-8.
12. วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, วารุณี เกตุอินทร์ และอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์. ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2561; 10(1):122-132.
13. UNICEF and WHO. Advocacy strategy breastfeeding initiative for the best start in life. [online]. 2015 [cited2020/2/10]. Available from:https://www.unicef.org/nutrition/files/Breastfeeding_Advocacy_Strategy-2015.pdf
14. Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession (8thEdition). Philadelphia: Elsevier; 2016.
15. Nesbitt, S. A., Campbell, K. A., Jack, S. M., Robinson, H., Piehl, K., & Bogdan, J. C. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decision: A qualitative descriptive study. Bio Med Central Pregnancy & Childbirth. 2012; 12: 149-153.
16. World Health organization. Breastfeeding [online]. 2018 [cited2020/2/9]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/breastfeeding
17. มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. นมแม่กับประโยชน์ทางเศรษฐกิจ [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/05]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaibreastfeeding.org/page.php?id=31
18. ขนิษฐวรรณ ศุภสิริเพ็ญพงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องของมารดาวัยรุ่น. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561; 32(1):853-862.
19. สุภัสสร เลาะหะนะ, นิตยา สินสุกใส และวรรณา พาหุวัฒนกร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ ในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ 2561;34(2):36-47.
20. Wu, D. S., Hu, Jie, McCoy, Thomas, P., & Efird, J. T. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. Journal of Advanced Nursing 2014;70(8):1867-1879.
21. ขนิษฐา เมฆกมล. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: แนวปฏิบัติในชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(3):274-286.
22. สุสัณหา ยิ้มแย้ม และปานจันทร์ คนสูง. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่น. พยาบาลสาร. 2562;46(1):231-242.
23. ดาวรรณ แพงโพธิ์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. การเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาครรภ์แรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารสภากาชาดไทย 2561; 11(2): 57-77.
24. โครงการสุขภาพคนไทย. รุ่นประชากรไทยในอนาคต. สุขภาพคนไทย 2559 ตายดี วิถีที่เลือกได้ (หน้าที่ 32-33). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2559.
25. ปิยะธิดา นาคะเกษียร. กฎบัตรออตตาวากับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2558; 33(4):6-14.

26. สุนทร ยนต์ตระกูล, สุวิมล พุทธบุตร, รัตติยา ทองสมบูรณ์, อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์ และศุภวดี แถวเพีย. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการบูรณาการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556; 22(6): 988-996.
27. พัชรินทร์ เงินทอง, กรรณิการ์ กันธะรักษา และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. การให้ความรู้ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่น: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. พยาบาลสาร 2558; 42(ฉบับพิเศษ): 57-68.
28. ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC) สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้. เจาะเทรนด์โลก 2018 [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ2563/03/09]. เข้าถึงได้จากhttps://web.tcdc.or.th/media/publication_lang_file/167/TREND2018-eBook-PC-SpreadPage.pdf
29. เจิดนภา แสงสว่าง ปาริชาต ชูประดิษฐ์ พรรณี ฉุ้นประดับ และจารุณี วาระหัส. การใช้สื่อเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2562; 12(1): 229-237.
30. ชาลี กาญจนรัตน์ และชูศักดิ์ ยืนนาน. แนวทางการพัฒนาสื่อ E-Learning สำหรับการเรียน การสอนวิชาพยาบาล ที่สามารถใช้กับอุปกรณ์ Tablet และ Smart Phone: แนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2559; 22(2): 45-50.

การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

Nursing Care for Pain Management in Critically Ill Patients

จรวยพร ใจสิทธิ์ พย.ม.* **Jaruayporn Jaisit, M.N.S. ***

วิลัยพร นุชสุธรรม วท.ม.* **Wilaiporn Nuchsuthom, M.S. ***

เบญจมาศ ถาดแสง พย.ม.** **Benchamat Thatsang, M.N.S. ****

Corresponding Authors: Email: jjaisit@gmail.com

Received: 3 Apr 2020, Revised: 31 Sep 2020, Accepted: 28 Oct 2020

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤต สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการทำหัตถการทั้งการแพทย์และการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตและการให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความปวดส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย ทำให้พยาธิสภาพของผู้ป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น เพิ่มระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่ความปวดเรื้อรังและภาวะเครียดผิดปกติภายหลังภยันตราย ปัจจุบันการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตยังไม่เหมาะสมเนื่องจากการประเมินความปวดเป็นเรื่องยากจากอุปสรรคด้านการสื่อสารและการให้ความสำคัญเป็นลำดับรองจากการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ สาเหตุ อุปสรรคในการจัดการความปวด การพยาบาลเพื่อจัดการความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การพยาบาล การจัดการความปวด ผู้ป่วยวิกฤต

* *อาจารย์/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช E-mail: anchalee_ntk@hotmail.com, E-mail: pennapa.kib@gmail.com, E-mail: nuromej@hotmail.com*

* *Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Budhachinaraj*

Abstract

Pain is a common problem in critically ill patients. The most common causes are medical and nursing procedures for life threatening solving and providing cares to prevent complications. Pain affects in both physiologically and psychologically including the patient's pathology worsening, prolonged duration of using mechanical ventilation and length of hospital stay. Furthermore, it increases anxiety among patients as well as their families, leading to chronic pain and post traumatic stress disorder in long term. Nowadays, pain management in the critically ill patients are not appropriated because pain is difficult to be assessed due to communication barrier and pain management is the second priority to life threatening solving. This article aims to present causes of pain, barriers of pain management and nursing implications for optimal pain management in critically ill patients.

Keywords: Nursing care, Pain management, Critically ill patient

บทนำ

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อหรือไม่ก็ได้[1] ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยวิกฤตทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม[2] โดยในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่น้อยกว่า 5 ล้านคน ในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 80 มีประสบการณ์ความปวด[3] ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ทั้งจากการทำหัตถการเพื่อการบำบัดรักษา การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พยาธิสภาพที่กระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดโดยตรง โดยระดับความปวดจากสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก นอกจากนั้นความปวดในผู้ป่วยวิกฤตยังถูกกระตุ้นด้วยบรรยากาศภายในหอผู้ป่วย เสียงเตือนของอุปกรณ์การแพทย์ที่รบกวนการพักผ่อนนอนหลับ การพบเห็นการเสียชีวิตของผู้ป่วยเตียงข้างเคียง จนทำให้เกิดความอ่อนล้า ความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลให้ความปวดรุนแรงมากขึ้น[4] ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นแม้ขณะที่ผู้ป่วยนอนนิ่งบนเตียง[5] ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและมีประสบการณ์ที่เลวร้ายขณะพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการศึกษาถึงประสบการณ์ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่ยังจำประสบการณ์ความปวดได้[6]

ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น ความปวดในระบบทางเดินหายใจจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าหายใจแรง ๆ หรือไอได้เต็มที่ จึงมีเสมหะคั่งค้างเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบต้องใช้ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจยาวนานขึ้น[5] เป็นต้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ด้านจิตใจความปวดเป็นสาเหตุความทุกข์

ทรมาน ก่อให้เกิดการเร้าอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ กลัว วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ จดจำข้อมูลไม่ได้ โกรธ หงุดหงิด นอนไม่หลับ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึมเศร้า และหมดหวัง รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นหรือคุณค่าในตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต พัฒนาไปเป็นความปวดเรื้อรัง และมีภาวะเครียดผิดปกติภายหลังภยันตราย (Post- Traumatic Stress Disorder: PTSD) เมื่อออกจากโรงพยาบาล[2] จากผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และภายหลังออกจากโรงพยาบาลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม[6] การจัดการความปวดที่เหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบดังกล่าว

การจัดการความปวดที่เหมาะสมเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและเป็นตัวชี้วัดสำคัญในคุณภาพการรักษา[2] เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถบอกความปวดของตนเองได้จากอุปสรรคในการสื่อสารที่ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ต้องคาท่อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวลดลง การได้รับยานอนหลับ4 และเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุ่งเน้นการช่วยชีวิตทำให้การจัดการความปวดมีความสำคัญลำดับรอง[2] จากปัญหาดังกล่าวทำให้หลายองค์กรทั่วโลก เช่น สมาคมผู้ศึกษาความปวดสากล (International Association for the Study Pain : IASP)[1] คณะกรรมการร่วมรับรองสถานพยาบาล (Joint Commission on Accreditation of Health-care Organization : JCAHO)[7] เป็นต้น ได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดการความปวดและได้กำหนดให้มีการประเมินและบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพตัวที่ 5 เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม[2] พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างใกล้ชิด ต้องมีความเข้าใจถึงสาเหตุความปวด อุปสรรค และให้การพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อจัดการความปวดให้ผู้ป่วยวิกฤตที่เหมาะสมและเพิ่มผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีและมีมาตรฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ สาเหตุ อุปสรรคในการจัดการความปวด การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำไปปรับใช้ในการประเมินความปวด และการบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

สาเหตุความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นได้ทั้งจากการทำหัตถการ การให้การดูแลรักษา และในขณะนอนนิ่งบนเตียง โดยสามารถแบ่งสาเหตุการเกิดความปวดในผู้ป่วยวิกฤตได้ดังนี้

1. การทำหัตถการเพื่อการบำบัดรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การผ่าตัด การใส่สายเพื่อวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดงอย่างต่อเนื่อง การใส่สายให้อาหาร การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น[8] เป็นความปวดจากการทำลายของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะภายในโดยตรง เกิดความต่างศักย์ไฟฟ้ากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ส่งสัญญาณประสาทเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางและแปลผลสิ่งที่กระตุ้น ความรู้สึก อารมณ์ และตอบสนองต่อความปวดนั้น

2. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น การดูดเสมหะก่อให้เกิดความปวดให้ผู้ป่วยระดับปานกลางถึงมาก โดยเฉพาะในรายที่มีการผ่าตัดบริเวณทรวงอกจะทำให้เกิดความปวดที่รุนแรงมากขึ้น[9] การพลิกตะแคงตัวในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยมีความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง10 จากการศึกษาพบว่าความปวดที่เกิดจากการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤตยังคงอยู่ในความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปถึง 6 เดือน[11]

3. พยาธิสภาพของผู้ป่วย การเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนมากเป็นพยาธิสภาพในระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท รวมทั้งผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรงจากหลายสาเหตุ โดยความปวดที่เกิด

ขึ้นมีทั้งความปวดระดับตื้น เช่น แผลกดทับ แผลไหม้ เป็นต้น เป็นความปวดระดับลึกที่เกิดจากการอักเสบ การยืด (Stretching) การขาดเลือด (Ischemia) ของอวัยวะภายใน เช่น ปวดบริเวณทรวงอกร้าวไปแขน จากการขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ การอุดตันของลำไส้ จะทำให้เกิดอาการปวดเกร็ง (Cramping) หรือความปวดที่เกิดจากการทำลายประสาทส่วนปลาย หรือโครงสร้างของประสาทส่วนกลาง เช่น ความปวดที่เกิดจากประสาทส่วนปลายเสื่อมจากโรคเบาหวาน (Diabetic neuropathy) หรือโรคเกี่ยวกับระบบประสาทอื่น ๆ เป็นต้น[12] ความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดตลอดเวลาทั้งในขณะนอนพักนิ่ง ๆ บนเตียง

อุปสรรคในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบันยังไม่มีความเหมาะสม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจัดการความปวดน้อยกว่าที่ประสบอยู่จริง เนื่องจากอุปสรรคในการจัดการความปวดทั้งจากในด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากรทางการแพทย์ และด้านผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการ/นโยบายองค์กร การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่เหมาะสมต้องอาศัยนโยบายหรือการบริหารจัดการขององค์กร ทั้งการกำหนดการใช้แนวปฏิบัติ การจัดเตรียมเครื่องมือในการประเมินความปวดที่เหมาะสม การจัดอบรมสำหรับบุคลากร จากการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการสัมภาษณ์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตในประเทศจอร์แดน 37 คน ระบุว่านโยบายของโรงพยาบาลมีผลต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยนโยบายจะเป็นตัวกำหนดให้ใช้แนวปฏิบัติ การจัดอบรมเพื่อให้ความรู้สำหรับพยาบาล[13] รวมทั้งนโยบายที่แตกต่างกันย่อมทำให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างกันออกไป การศึกษาหอผู้ป่วยในประเทศแคนนาดาจำนวน 51 แห่ง มีเพียงร้อยละ 20 ที่ใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่เหมาะสม และมีเพียงหนึ่งในสี่ที่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และโรงพยาบาลในประเทศแคนนาดาบางแห่งไม่ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดด้านการบรรเทาปวดในผู้ป่วยวิกฤต[2] ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตในแต่ละแห่งได้รับการจัดการความปวดที่แตกต่างและยังไม่เหมาะสม

2. ด้านบุคลากรทางการแพทย์ ทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจแตกต่างกัน จากการศึกษาทัศนคติและความรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศซาอุดิอาระเบียจำนวน 204 คน มีทัศนคติ และความรู้ในการจัดการตนเองค่อนข้างต่ำ โดยร้อยละ 60 มีการตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 50[14] ซึ่งคล้ายคลึงกับประเทศแคนนาดาที่มีพยาบาลเพียงร้อยละ 29 คน จาก 802 คนที่อ่านหรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต[4] รวมถึงภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทำให้บุคลากรให้ความสำคัญในการช่วยผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิตจึงทำให้การจัดการความปวดเป็นลำดับรอง[15] ภาระงานที่หนักของพยาบาล ความเข้าใจในกลไกความปวดของบุคลากรทางการแพทย์มีความแตกต่างกันทำให้การบรรเทาปวดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย[16]

3. ด้านผู้ป่วย การเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง การใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อแก้ไขปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลการบอกความปวดของตนเองเป็นวิธีการประเมินความปวดที่ดีที่สุด การบรรเทาปวดมีความซับซ้อนเนื่องจากหลายปัจจัย เช่น การให้ยาบรรเทาปวดที่ต้องคำนึงถึงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง สัญญาณชีพที่ไม่คงที่ วิถีทางที่ให้ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น อาการที่พบในผู้ป่วยวิกฤตมีทั้งความปวด ภาวะกระสับกระส่าย (Agitation) ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) การจัดการบางอาการอาจส่งผลให้อาการอื่น ๆ รุนแรงมากขึ้น เช่น การให้ยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์

(Opioids) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้น[18] เป็นต้น การบรรเทาปวดโดยการใช้ยาต้องเฝ้าระวังการออกฤทธิ์ของยาที่อาจส่งเสริมหรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ใช้รักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การเมตาบอลิซึมและการขับออกของยาบรรเทาปวดที่อวัยวะในร่างกายของผู้ป่วยมักจะทำงานได้ลดลง การให้ยาจึงจำเป็นต้องพิจารณาทั้งชนิด ปริมาณยาที่ให้ รวมถึงวิถีทางที่ให้ยา การจัดการแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacology) มีข้อจำกัดจากการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ลำบากจากการคาอุปกรณ์การแพทย์ การวิจัยเชิงพรรณนาในประเทศจอร์แดน[13] พบว่าอุปสรรคสำคัญเกิดจากผู้ป่วยที่ไม่กล้ารบกวนพยาบาลจึงไม่บอกความปวดที่เกิดขึ้น กลัวผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดซึ่งอุปสรรคดังกล่าวส่งผลให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยเป็นเรื่องยากมากขึ้น

การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบันหลายประเทศได้ใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด (Pain) ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต (Society of Critical Care Medicine: SCCM)[17] และยืนยันผลลัพธ์ที่ดีในการลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยแนวปฏิบัตินี้ได้นำไปใช้และให้ข้อเสนอแนะในการทำงานร่วมระหว่างทีมสหสาขาวิชา และมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการดำเนินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยจัดทำเป็นขั้นตอนการปฏิบัติในการจัดการความปวดโดยพยาบาล (Nurse-managed pain algorithm) ได้แก่ การประเมินความปวด การบรรเทาความปวด และการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น[18,19] จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) รวมทั้งหลักการพยาบาลที่เป็นแนวปฏิบัติ (Evidence based practice) มีรายละเอียดของการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตดังนี้

การประเมินความปวด เป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดในการค้นหาความปวดและเป็นจุดเริ่มต้นของการบรรเทาปวด การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยวิกฤตทุกคนต้องได้รับการประเมินความปวดทุกครั้งร่วมกับการประเมินสัญญาณชีพ รวมทั้งก่อนและหลังการทำหัตถการ และภายหลังการให้ยาหรือบรรเทาปวด การนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline : CPG) ในการจัดการความปวดมาใช้ในหอผู้ป่วยรวมทั้งจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด การให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรสหสาขาวิชาจะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต20 มีการศึกษาที่นำการประเมินความปวดมาเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยกำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง และจัดการความปวดหากประเมินด้วยเครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยได้คะแนนความปวดลดลงเท่ากับหรือมากกว่า 3 คะแนน ช่วยลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่นเดียวกับข้อเสนอแนะของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตที่ระบุว่าการประเมินความปวดเป็นสิ่งที่จะช่วยในการขับเคลื่อนให้มีการจัดการความปวด[17] การกำหนดให้มีการประเมินความปวดอย่างเป็นเป็นประจำ (routine) จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดผู้ป่วยวิกฤต แบ่งตามลักษณะผู้ป่วยดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่ยังสามารถสื่อสารได้ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจแต่ยังรู้สึกตัวดี หรือผู้ป่วยที่การรับรู้ปกติสามารถตอบสนองได้ดี เป็นต้น สามารถใช้ได้ทั้งมาตรวัดความปวดทางสายตา (Visual Analogue Scale: VAS) หรือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) การประเมินความปวดพยาบาลต้องจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น กระดาษปากกาที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อบอกความปวด เป็นต้น หรือให้ผู้ป่วยใช้สัญลักษณ์ทางกาย การกระพริบตา

การใช้สัญลักษณ์มือ ในการบอกระดับความปวด โดยให้ผู้ป่วยดูตัวเลข 1 - 10 จะทำให้ผู้ป่วยวิกฤตบอกความปวดของตนเองได้ตรงกว่า และการใช้ระนาบแบบประเมินในแนวตั้งของตัวเลข 1 - 10 จะให้ความแม่นยำกว่าการใช้ระนาบในแนวนอน[21] การประเมินความปวดผู้ป่วย พยาบาลควรให้ระยะเวลาในการประเมิน สื่อสารด้วยความเอาใจใส่เห็นใจ รวมทั้งการคำนึงถึงค่านิยมความเชื่อในด้านความปวดหรือการจัดการความปวด[22] และประเมินให้ครบองค์ประกอบของความปวดให้มากที่สุด ได้แก่ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความปวด ลักษณะของความปวด ระดับความรุนแรงของความปวด ระยะเวลา ตำแหน่งที่ปวด รวมถึงความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุความปวด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ นำไปสู่การจัดการความปวดที่เหมาะสม และมีคุณภาพ

2.2 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว สามารถใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Pain Observation Tool : CPOT) เป็นการสังเกตพฤติกรรม 4 หมวด การแสดงสีหน้า การเคลื่อนไหวร่างกาย การหายใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 8 คะแนน (ตารางที่ 1) โดยคะแนนมากกว่า 2 คะแนนควรเริ่มให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด และมาตรวัดพฤติกรรมความปวด (Behavior Pain Score : BPS) ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 หมวด การแสดงสีหน้า การขยับแขน และการหายใจ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 3 - 12 คะแนน (ตารางที่ 2) โดยคะแนนมากกว่า 5 คะแนน ควรเริ่มให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด ทั้งสองเครื่องมือ พบว่ามีความไว และเชื่อมั่นสูงในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หากใช้ประเมินร่วมกันจะทำให้การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตแม่นยำยิ่งขึ้น[5,17]

การประเมินโดยใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีดังนี้

1. ผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤตในขณะพักเป็นเวลา 1 นาทีเพื่อเป็นฐานความปวด โดยพยาบาลให้คะแนนในแต่ละหัวข้อโดยการสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ในส่วนความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะประเมินเป็นลำดับสุดท้ายโดยใช้มือข้างหนึ่งประคองบริเวณข้อศอกผู้ป่วย และใช้มืออีกข้างเหยียดและงอแขนผู้ป่วย หากไม่พบแรงต้านสามารถงอแขนได้ง่าย แสดงว่าผู้ป่วยผ่อนคลาย (0 คะแนน) งอแขนผู้ป่วยได้แต่มีแรงต้านเล็กน้อยหรือมีการเกร็ง (1 คะแนน) และหากไม่สามารถงอแขนผู้ป่วยได้มีการเกร็งมาก (2 คะแนน)

2. การประเมินความปวดในขณะทำกิจกรรม/การดูแลที่ทำให้เกิดความปวด เช่น การพลิกตะแคงตัว การทำแผล เป็นต้น ขณะทำกิจกรรมสังเกตการแสดงสีหน้าผู้ป่วยและประเมินคะแนน สังเกตการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อป้องกันหรือปิดตำแหน่งที่ปวด สังเกตการหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจหากเครื่องช่วยหายใจมีการเตือนและเสียงเตือนของเครื่องช่วยหายใจหยุดเอง (1 คะแนน) ต้องประเมินให้แน่ใจว่าการเตือนของเครื่องช่วยหายใจไม่ได้มีสาเหตุมาจากเสมหะ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อสังเกตการเกร็งกล้ามเนื้อแขนขาและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งการยกเกร็งหลังขึ้นจากเตียงแสดงว่าผู้ป่วยมีการเกร็งมาก (2 คะแนน)

3. ผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการประเมินก่อนและในขณะที่ยาบรรเทาปวดออกฤทธิ์สูงสุดเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบรรเทาปวด

4. การประเมินความปวดหากมีหัวข้อใดที่ไม่สามารถระบุคะแนนได้ชัดเจนว่าควรให้คะแนนเท่าไร การประเมินจะเลือกใช้คะแนนในค่าที่สูงกว่า

5. ผู้ป่วยควรได้รับการสังเกตทุกหัวข้อของแบบประเมิน การประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ควรประเมินเป็นลำดับสุดท้าย เพราะการทดสอบความตึงตัวของกล้ามเนื้ออาจนำไปสู่พฤติกรรมตอบสนองอื่น ๆ เช่น การไอ เป็นต้น

6. ก่อนการประเมินทุกครั้งต้องประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เช่น เสมหะในท่อทางเดินหายใจ การตีบแคบของทางเดินหายใจ เป็นต้น และแก้ไขก่อนการประเมินความปวดทุกครั้ง

ตารางที่ 1 เครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Pain Observation Tool: CPOT)[5]

หัวข้อ	อธิบาย	คะแนน
การแสดงสีหน้า (facial expression)	ผ่อนคลาย เรียบเฉย (relaxed, neutral)	0
	หน้านิ่วคิ้วขมวด (tense)	1
	กัดกรามแน่น (grimacing)	2
การเคลื่อนไหวร่างกาย (body movement)	ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย อยู่ในท่าปกติ (absence of movement or normal position)	0
	ปกป้องบริเวณที่ปวด (protection)	1
	พักไม่ได้/ กระสับกระส่าย (restlessness /agitation)	2
การหายใจสัมพันธ์ตามเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (compliance with ventilator intubated patients) หรือ การเปล่งเสียงในผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (vocalization non intubated patients)	หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ (tolerated ventilator or movement)	0
	ไอแต่ยังหายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ (coughing but tolerating)	1
	ต้านเครื่องช่วยหายใจ (fighting ventilator)	2
	น้ำเสียงปกติ/ไม่ส่งเสียง (talking in normal tone or no sound)	0
	ถอนหายใจ ร้องคราง (sighing, moaning)	1
	ร้องไห้ สะอื้น (crying out, sobbing)	2
ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tension)	ผ่อนคลาย (relaxed)	0
	เกร็ง แข็ง (tense, rigid)	1
	เกร็งมาก แข็ง (very tense or rigid)	2
รวม		**...../8**

ที่มา: Pinheiro, A.R., & Marques, R.M., 2019

ตารางที่ 2 มาตรวัดพฤติกรรมความปวด (Behavior Pain Score : BPS)5

หัวข้อ	อธิบาย	คะแนน
การแสดงสีหน้า (facial expression)	ผ่อนคลาย (relaxed)	1
	หน้านิ่วคิ้วขมวดเล็กน้อย (partially tightened)	2
	หน้านิ่วคิ้วขมวดมาก/เปลือกตาปิดสนิท (fully tightened)	3
	กัดกรามแน่น (grimacing)	4
การขยับแขน (upper limb)	ไม่เคลื่อนไหว (no movement)	1
	งอบางส่วน (partial bent)	2
	งอแขนเต็มที่ กำมือ (fully bent with finger flexion)	3
	เกร็งตลอดเวลา (permanently retracted)	4
การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (compliance with ventilator)	หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ (tolerating movement)	1
	ไอ แต่ยังหายใจตามเครื่องช่วยหายใจเป็นส่วนใหญ่ (cough but tolerating ventilation for most of the time)	2
	ต้านเครื่องช่วยหายใจ (fighting ventilator)	3
	ไม่สามารถหายใจตามเครื่องช่วยหายใจ (unable to control ventilation)	4
รวม		**...../12**

ที่มา: Pinheiro, A.R., & Marques, R.M., 2019

การประเมินโดยใช้มาตรวัดพฤติกรรมความปวดใช้วิธีการประเมินเช่นเดียวกับเครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤตโดยประเมินแต่ละหัวข้อโดยใช้วิธีการสังเกตเป็นเวลา 1 นาที โดยประเมินทั้งขณะพักและในขณะทำกิจกรรม/การดูแลที่ทำให้เกิดความปวด

การประเมินความปวดยังมีประเด็นที่มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมที่ช่วยให้การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตชัดเจนยิ่งขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพไม่สามารถนำมาใช้บ่งชี้ความปวดได้ เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในผู้ป่วยวิกฤต และพบว่าสัญญาณชีพที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงไม่สัมพันธ์กับอาการปวด[23] การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต บางการศึกษาพบว่าสามารถนำมาใช้เพื่อประเมินความปวดผู้ป่วยวิกฤตได้เนื่องจากบุคคลในครอบครัวคุ้นเคยกับอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความปวดของผู้ป่วย แต่อาจส่งผลกระทบด้านจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยในการร่วมประเมินความปวดเนื่องจากต้องอยู่ในสถานการณ์ที่เห็นบุคคลอันเป็นที่รักไม่สุขสบาย[18] พยาบาลจึงควรพิจารณาเป็นรายกรณี

การบรรเทาปวด การบรรเทาปวดในผู้ป่วยวิกฤตแบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่ การบรรเทาปวดโดยการใช้ยา (Pharmacology) และการบรรเทาปวดโดยการไม่ใช้ยา (Non -pharmacology) โดยมีหลักการดังนี้

1. การบรรเทาปวดโดยการใช้ยาหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันและแนวปฏิบัติเวชบำบัดวิกฤต การบรรเทาปวดโดยการใช้ยามีหลักการดังนี้

1.1 การให้ยาบรรเทาปวดก่อนให้ยานอนหลับ (Analog-sedative/analgesia-first sedation) โดยการประเมินความปวดผู้ป่วยและบรรเทาปวดผู้ป่วยก่อนทำให้ผู้ป่วยสงบ พบว่าผลลัพธ์ลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ[24] ทั้งยังช่วยลดปัญหา

การจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมและการให้ยานอนหลับผู้ป่วยมากเกินไป

1.2 การใช้ยาบรรเทาปวดหลายชนิด (Multi-modal analgesia) สามารถช่วยลดการใช้ยากลุ่ม opioids เพื่อลดผลข้างเคียง[18,25] โดยมีการนำหลักการดังกล่าวไปใช้พบว่าช่วยลดการใช้ยากลุ่ม Opioids โดยกลุ่มยาเสริมในการบรรเทาปวดได้แก่ ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) หรือยาพาราเซตามอลเป็นส่วนใหญ่ การให้ยาบรรเทาปวดควรให้ทางเส้นเลือดดำ (Intravenous :IV) เป็นวิถีทางที่เหมาะสมที่สุดจากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยและการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การให้ยาทางปากอาจมีปัญหาด้านการดูดซึมยา การให้ยาทางกล้ามเนื้อและใต้ผิวหนังจะก่อให้เกิดความปวดให้กับผู้ป่วยและยังมีปัญหาการดูดซึมยาจากพยาธิสภาพที่มีการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง

2. การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา มีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยวิกฤตค่อนข้างน้อย การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถนำมาช่วยเสริมแต่ไม่สามารถนำมาทดแทนการบรรเทาปวดด้วยยาได้ ความสำเร็จของการบรรเทาปวดโดยการไม่ใช้ยาขึ้นอยู่กับความเข้าใจกลไกในการบรรเทาปวดของวิธีดังกล่าว และต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถแบ่งตามกลไกได้ดังนี้

2.1 การกระตุ้นทางกาย การกระตุ้นผิวหนังจะยับยั้งกระบวนการนำกระแสประสาท (transmission) โดยจะกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้มีการปิดกั้นประตูแห่งความปวด การกระตุ้นทางกายที่ทำในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การนวดหลัง การนวดเบา ๆ บริเวณมือช่วยลดความปวดในผู้ป่วยวิกฤตได้[26]

2.2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การฟังเสียงธรรมชาติ เสียงน้ำตก เสียงฝนตกที่มีระดับเสียง 25 - 50 เดซิเบล 90 นาที จะช่วยลดความปวดในผู้ป่วยวิกฤต[27] การให้ข้อมูลและเหตุผลก่อนการทำหัตถการหรือการให้การพยาบาลทำให้ผู้ป่วยทราบว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นช่วยลดความปวดของผู้ป่วย เช่น ก่อนการพลิกตะแคงตัวพยาบาลบอกผู้ป่วยด้วยเสียงนุ่มนวลและบอกเหตุผลของการให้การพยาบาล สามารถช่วยลดความปวดในผู้ป่วยได้[28] เป็นต้น

การบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวด ทั้งรายละเอียดของการประเมิน วิธีการบรรเทาปวด รวมทั้งการติดตามประเมินผลการจัดการความปวด เพื่อสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับใช้ในการจัดการความปวดครั้งต่อไปเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

สรุป

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล เนื่องจากการประเมินความปวดซึ่งเป็นกลไกสำคัญเพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดในผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยากจากอุปสรรคด้านการสื่อสาร การให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิต การเลือกเครื่องมือในการประเมินความปวดที่เหมาะสมจะช่วยในการประเมินความปวดผู้ป่วยวิกฤตมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ได้แก่เครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และมาตรวัดพฤติกรรมความปวด โดยการประเมินความปวดจะต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นประจำอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง การจัดการความปวดโดยการใช้ยาเน้นหลักการสำคัญคือการจัดการความปวดก่อนการให้ยาทำให้ผู้ป่วยและการใช้ยาหลายชนิดในการจัดการความปวด ส่วนการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยวิกฤตยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ส่วนมากใช้การนวด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยการฟังเสียงธรรมชาติ และการแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้งก่อนการทำหัตถการจะช่วยลดความปวดได้ การบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดเพื่อสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสำคัญเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดการความปวดครั้งต่อไปจะทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. International Association for the Study of Pain. Pain terminology. [Internet]. 1979. [cited 2019/11/ 5]. Available from: http://www.iasp-pain.org
2. Shaikh N, Tahseen S, Haq QZ, Ameri GA, Ganaw A, Chanda A, et al. Acute pain management in intensive care patients: facts and figures. [Internet]. 2016. [cited 2019 /11/ 18]. Available from http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.78708. 59-71.
3. Adam VN, Matolic M, Ilic MK, J-stojcic EG, Smiljanic A, & Skok I. Pain management in critically ill patients. Periodicum Biologorum 2015; 117(2): 225-30.
4. Herms C, Accevedo NM, Berry M, Kjellgren T, Negro A, & Massarotto P. Gaps in pain, agitation and delirium management in intensive care: Outputs from a nurse workshop. Intensive Crit Care Nurs 2018; 48: 52 – 60.
5. Pinheiro, A.R., & Marques, R.M. Behavioral pain scale and critical care pain observation tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. Rev bras de ter intensiva 2019; 31 (4): 571-81.
6. Gilder E, Parke R, Jull A. The endotracheal tube and endotracheal suction an exploration of adult cardiac surgical intensive care patients'experience. 2016. [cited 2019/11/ /18]. Available from https://www.anzctr.org.au/AnzctrAttachments/371387 Qualitative%20proposal_EG_Final%20 (2).pdf
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO]. Pain: current understanding assessment management and treatment. [Internet]. 2001. [cited 2019/10/ 18]. Available from: www.jointcommission.org
8. Gelinas C. Pain and pain management. In Urdan LD, Stacy KM, & Lough ME. editors, Critical care nursing diagnosis and management. 8th eds. Missouri; Elsevier 2018; p.114 -36.
9. Ai-sutari MM, Abdalrahim MS, Hamdan AM, & Ayasrah S. Pain among mechanically ventilated patients in critical care units. J Res Med Sci 2014; 19(8): 726–32.
10. Puntillo KA, Max A, Timsit JF, Vignoud L, Chanques G, Robleda G, et al. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. Am. J. Respir. Crit 2014; 189 (1): 39-47.
11. Gilder E, Parke R, Jull A. The endotracheal tube and endotracheal suction an exploration of adult cardiac surgical intensive care patients'experience. 2016. [cited 2019/11/ 18]. Available from https://www.anzctr.org.au/
12. Lewis, S.L., Heitemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G., Bucher, L. Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems (10th ed). Missouri: Westline industrial; 2017.
13. Batiha AM. Pain management barriers in critical care units: a qualitative study. IJANS 2018; 3(1): 1-5.

14. Issa MR, Awajeh AM, Khraisat FS. Knowledge and Attitude about Pain and Pain Management among Critical Care Nurses in a Tertiary Hospital. J Intensive & Crit Care 2017; 3:1.
15. Khalil NS. Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. Apply nursing research 2018; 44: 33–8.
16. Chiu JA, Shergill M, Dhingra V, Ronco JJ, Leblanc A, Pamplin C, et.al., Variation in the management of pain, agitation, and delirium in intensive care units in British Columbia. AJCC 2020; 29(2): 122-9.
17. Devlin JW, Skrobik Y, Gelinaas C, Needham DM, Slooter AJ, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/ sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Crit Care Med 2018; 46(9): e825–873.
18. Rozycki A, Jarrell AS, Kruer RM, Young S, Tellez PM. Feasibility of a nurse-managed pain, agitation and delirium protocol in the surgical intensive care unit. Crit Care Nurs 2017; 37(6): 2-35.
19. Jaiwongpab S, Ruangwattana S, Janthawang S, Kaewkhampa P, Panyoyai S, & Jaisin T. Effectiveness of clinical nursing practice guidelines for pain relief in critically ill patients, Lamphun Hospital. JNATNO 2019; 25(1): 49-62. (in Thai)
20. Sacco TL, & Lariccia B. Interprofessional implementation of a pain/sedation guideline on a trauma intensive care unit. J Trauma Nurs 2016; 23(3): 156-64.
21. Severgnini P, Pelosi P, Contino E, Serafinelli E, Novario R, & Chiaranda M. Accuracy of critical care pain observation tool and behavioral pain scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. J Intensive Care Med 2016; 6(4): 1-8.
22. Densuntikul J, Kanitapiluk J, & Chaiwannawat T. The role of anesthetist nurses on pain management in postoperative patients relating to cultural beliefs. JNATNO 2020; 26(1): 76-89. (in Thai)
23. Pour HS. Association between acute pain and hemodynamic parameters in a postoperative surgical intensive care unit. ARON 2017; 105 (6): 571–8.
24. Faust AC, Rajan P, Sheperd LA, Alvarez CA, Mccorstin P, & Doebele RL. Impact of an analgesia-based sedation protocol on mechanically ventilated patients in a medical intensive care unit. Anesth Analge 2016; 123(4): 909
25. Puntillo K. Pain assessment and management for intensive care unit patient. ICU Manag Prac 2016; 4: 233-6.
26. Martorella G, Baitor M, Michaud C, Gelinas C. Feasibility and acceptability of hand massage therapy for pain management of postoperative cardiac surgery patients in the intensive care unit. Heart lung 2014; 43(5): 437-44.

27. Saadatmand V, Rejeb N, Heravi K M, Tadrisi SD, Vaismoradi M, & Jordan S. Effects of natural sounds on pain: a randomized controlled trial with patients receiving mechanical ventilation support. Pain Manag Nurs 2015; 16(4): 483-92.
28. Faigeles B, Howie-Esquivel J, Miaskowski C, Stanik-Hutt J, Thompson C, Puntillo K, et al. Predictors and use of non-pharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. Pain Manag Nurs 2013; 14(2): 85-93.

แนวทางการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงในพื้นที่สาธารณะ สำหรับพยาบาล

A Public Mass Shootings Survival Guidelines for Nurses

เกศินี วุฒิวงศ์ M.P.H. **Kasinee Wudhiwong, M.P.H.***

Corresponding Authors: Email: kasinee_w@payap.ac.th
Received: 25 Apr 2020, Revised: 30 June 0, Accepted: 30 Oct 2020

บทคัดย่อ

ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทย มีเหตุการณ์กราดยิงในพื้นที่สาธารณะเกิดขึ้น 2 ครั้งในระยะเวลา 2 เดือนติดกันทำให้เกิดการบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจำนวนหลายคนและยังมีการสูญเสียทรัพย์สินอีกด้วย นับว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยครั้งเมื่อเทียบกับในอดีต บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้แก่พยาบาล เกี่ยวกับแนวทางการเอาชีวิตรอดและสามารถช่วยผู้อื่นจากการกราดยิงในพื้นที่สาธารณะ เช่น สนามกีฬา หรือห้างสรรพสินค้า เป็นต้น

บทความนี้ประกอบด้วยสาระเกี่ยวกับอุบัติการณ์กราดยิงในต่างประเทศและในประเทศไทย หลักการเอาชีวิตรอดจากสถานการณ์โดยการวิ่ง ซ่อน หรือสู้ในสถานการณ์ยิงกราดทั่วไป รวมทั้งหลักการรู้หลบ รู้หนี สู้สุดฤทธิ์ และการดูแล ซึ่งเหมาะสำหรับการนำมาไปใช้เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้นในโรงพยาบาลนอกจากนี้ ยังนำเสนอประโยชน์ของการฝึกอบรมและการซ้อมรับเหตุการณ์ และยกตัวอย่างการฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation-based Training) ของสถาบันแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาและการนำมาประยุกต์สำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมให้สามารถเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงและสามารถดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บในโรงพยาบาล รวมทั้งยังให้ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานในการเตรียมบุคลากร ให้มีความพร้อมหากเกิดเหตุการณ์สถานการณ์ยิงกราดขึ้นอีกด้วย

คำสำคัญ: รอดชีวิต การกราดยิง การสังหารหมู่

* *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยพายัพ*
Assistant Professor, General Education Office, Payap University

Abstract

In 2020, public mass shootings in Thailand occurred consecutively twice within two months. Many people were injured, dead, and lost their properties. Recently, public mass shootings in Thailand occur more often than in the past. The purpose of this article is to provide nurse, a guideline to survive and help others to survive a public mass shooting that occurs in public places, such as stadiums and shopping centers.

The contents of this article include the incidence of public mass shootings in other countries and Thailand, the RUN, HIDE, and FIGHT survival protocols to survive the shooting and the Avoid – Deny – Defend – Treat strategies, which better fits the situations that occur in a hospital. Moreover, the article presents the benefits of active shooter training and drills and a simulation-based training case study from the United States of American as well as suggestions for nurses to prepare themselves to survive the shooting, while they are also responsible for caring injured patients in the hospital. Furthermore, the article recommends that organizations should consider developing a plan to prepare their staff for active shootings.

Key words: Survival, Active Shootings, Mass Shootings

บทนำ

ความรุนแรงจากการก่อเหตุโดยใช้อาวุธปืนในพื้นที่สาธารณะเป็นปัญหาร้ายแรงในสังคมปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้คนในประเทศไทยมีเหตุการณ์ความรุนแรงจากการกราดยิงในพื้นที่สาธารณะ ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีเหตุการณ์ที่รุนแรงเกิดขึ้น 2 เหตุการณ์ คือ วันที่ 9 มกราคม พ.ศ.2563 มีการปล้นทองในห้างสรรพสินค้าจังหวัดลพบุรี มีผู้เสียชีวิตจำนวน 3 ราย บาดเจ็บจำนวน 4 ราย[1] ต่อมาในวันที่ 8 – 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีการกราดยิงที่ห้างสรรพสินค้าเทอร์มินอล 21 จังหวัดนครราชสีมา มีผู้เสียชีวิต จำนวน 30 ราย บาดเจ็บ 58 ราย[2]

ภัยพิบัติจากมนุษย์เกิดได้ทุกสถานที่ทุกเวลาแม้กระทั่งในโรงพยาบาล ในต่างประเทศมีความรุนแรงจากการกราดยิงในโรงพยาบาล เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีสถิติการใช้อาวุธปืนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2548 มีอุบัติการณ์ผู้ก่อเหตุด้วยอาวุธปืนในโรงพยาบาล จำนวน 9 คนต่อปี ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2554 อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 17 คนต่อปี[3] เหตุการณ์ล่าสุดที่เกิดขึ้นในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ที่ชิคาโก มีเหตุยิงกันในโรงพยาบาลทำให้บุคลากรทางการแพทย์เสียชีวิต 2 ราย และตำรวจ 1 ราย4 ในประเทศไทยจากรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ.2562 มีการยกพวกตีกันในโรงพยาบาล จำนวน 6 เหตุการณ์ ไม่มี

การใช้อาวุธปืน[5] แต่การก่อเหตุโดยใช้อาวุธปืนในเขตโรงพยาบาลของรัฐเคยเกิดขึ้นในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 มีรายงานข่าวการยิงปืนข่มขู่คู่กรณีที่เข้าไปรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินแต่ไม่มีรายงานผู้ได้รับบาดเจ็บ[6]

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น ผลกระทบต่อบุคคล ได้แก่ บาดเจ็บ เสียชีวิต หวาดกลัว เสียขวัญและเสียกำลังใจ มีความเครียดต่อเนื่องหลังจากประสบเหตุการณ์สะเทือนใจ ผลกระทบต่อหน่วยงาน ได้แก่ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีผลต่อการลาออกก่อนเวลาของบุคลากรทางการแพทย์[7] จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในห้องฉุกเฉินมีผลต่อการตัดสินใจลาออกของบุคลากรในโรงพยาบาล ร้อยละ 555 นอกจากนี้มีผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรู้สึกสูญเสียความพึงพอใจในงาน ร้อยละ 72[8] ผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยปกติหยุดชะงัก ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการใช้บริการ[9] จะเห็นว่าจากเหตุการณ์กราดยิงที่เกิดขึ้นในประเทศและต่างประเทศส่งผลกระทบมากแต่จากการทบทวนวรรณกรรมของประเทศไทยเกี่ยวกับแนวทางการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงในพื้นที่สาธารณะพบว่ามีอยู่อย่างจำกัด มีเพียงการประชุมวิชาการเรื่อง Escape and Survive in Mass Shooting ที่จัดโดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งจัดขึ้นหลังเกิดเหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นข้างต้น พบว่า ไม่มีการฝึกอบรมการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงในพื้นที่สาธารณะ และมีการเผยแพร่องค์ความรู้น้อยมากเรื่องการเอาชีวิตรอดจากการกราดยิงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น กรมการแพทย์ หรือกระทรวงสาธารณสุข ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่า หากในอนาคตเกิดเหตุการณ์กราดยิงในพื้นที่สาธารณะขึ้นอีก ไม่ว่าจะเป็นที่ห้างสรรพสินค้า โรงเรียน หรือโรงพยาบาล พยาบาลเองในฐานะประชาชนคนหนึ่งจะรอดชีวิตได้อย่างไร และในฐานะพยาบาลวิชาชีพจะช่วยผู้อื่นได้อย่างไร ในสถานการณ์คับขันเช่นนั้นหากขาดความรู้และการฝึกอบรม

ดังนั้นผู้เขียนจึงต้องการเสนอบทความที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เรื่องหลักการวิ่ง ซ่อน สู้ และหลักการรู้หลีก รู้หลบ สู้สุดฤทธิ์ และดูแลรักษาผู้บาดเจ็บ เพื่อการเอาชีวิตรอดในเหตุการณ์กราดยิงในพื้นที่สาธารณะและช่วยผู้อื่น และอีกเหตุผลที่ผู้เขียนนำเสนอบทความนี้เพราะ พยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของประชาชน แต่พยาบาลส่วนหนึ่งมักละเลยเรื่องการปกป้องและดูแลตนเองจากภัยใกล้ตัว จึงหวังว่าบทความนี้จะมีประโยชน์สำหรับพยาบาลหรือนำไปสู่การค้นคว้าเพิ่มเติมหรือประยุกต์ใช้ต่อไป

คำจำกัดความ

ในวงการวิชาการ มีการใช้คำว่าการกราดยิง การสังหารหมู่ อธิบายดังนี้ การกราดยิง (Mass shootings) โดยกระทรวงความมั่นคงแห่งมาตุภูมิและสำนักงานสอบสวนกลาง (FBI) ให้คำจำกัดความ คือ เหตุการณ์ที่มีผู้ก่อเหตุกราดยิง ซึ่งเป็นการกระทำของบุคคลที่มีส่วนร่วมในการฆ่าหรือพยายามฆ่าคนในพื้นที่ ที่มีทางเข้าออกจำกัดและมีผู้คนจำนวนมากและผู้ก่อเหตุใช้อาวุธปืน[10] นอกจากนี้นายแพทย์ณัฐไกรโรจนานันท์ ได้อธิบาย คำว่า การสังหารหมู่ (Mass shootings) หมายถึง การยิงในที่ชุมชนและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากกว่า 4 คน ไม่รวมผู้ก่อเหตุ ผู้ก่อเหตุกระทำโดยไม่มีการเลือกเหยื่อ และไม่มีการวางแผนล่วงหน้า นอกจากนี้ผู้ก่อเหตุอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อฆ่าเหยื่ออย่างเดียวหรือฆ่าเพื่อปล้นทรัพย์ร่วมด้วย[11]

แนวทางในการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิง

แนวทางการเอาชีวิตรอดที่ต่างประเทศนิยมใช้ได้แก่ แนวทางของประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้หลักการ Run - Hide - Fight[12] แนวทางของประเทศออสเตรเลียใช้หลักการ Run - Hide - Take action[13] สำหรับประเทศอังกฤษใช้หลักการ Run - Hide - Tell[14] สำหรับ

หลักการ Run – Hide - Fight พัฒนาโดย City of Houston สหรัฐอเมริกาและได้รับการรับรองจากกระทรวงความมั่นคงแห่งมาตุภูมิและสำนักงานสอบสวนกลาง (FBI) เพื่อป้องกันและลดการสูญเสีย ซึ่งแนวทางของต่างประเทศข้างต้นนั้นมีสาระสำคัญคล้ายกัน สรุปได้ดังนี้

Run คือ หนี ออกจากที่เกิดเหตุให้เร็วที่สุด การหนีเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลพบความผิดปกติ เช่น เสียงปืน เสียงดังผิดปกติ เสียงกรีดร้อง เสียงระเบิด หากเกิดเหตุในอาคาร ให้วิ่งไปในทางตรงข้ามกับบริเวณที่เกิดเสียงดังและวิ่งออกนอกอาคาร ควรรีบหนีภายใน 5 นาที โดยปฏิบัติดังนี้

1. ตั้งสติ ให้รีบหนี ไม่ว่าใครจะทัดทานการหนี
2. วิ่งออกจากตัวอาคารให้เร็วที่สุด ห้ามหนีลงลิฟท์หรือบันไดเลื่อน
3. ทิ้งสิ่งของสัมภาระที่ไม่จำเป็น
4. ช่วยคนอื่นให้หนีด้วยถ้าทำได้
5. โทรศัพท์แจ้งเบอร์ฉุกเฉินเมื่อปลอดภัย เช่น หมายเลข 191

Hide คือ หลบซ่อน เมื่อหนีไม่ทันหรือวิ่งหนีแล้วหาทางออกไม่เจอ ให้หาที่ซ่อนที่มีความปลอดภัยเช่น ตัวเรามองไม่เห็นผู้ก่อเหตุเพราะหากเราเห็นผู้ก่อเหตุ ผู้ก่อเหตุอาจเห็นตัวเราเช่นกัน โดยปฏิบัติดังนี้

1. ล็อคประตูหน้าต่าง
2. อย่าหลบในมุมอับที่ไม่มีทางหนี หลบหลังวัตถุหนา ๆ เพื่อหลบกระสุน เช่น ผนังหนาๆ ใช้วัตถุหนัก ๆ ดันหลังประตู แอบให้ห่างจากประตู
3. หลบให้เงียบที่สุด ปิดไฟ ปิดม่าน ปิดระบบเสียงโทรศัพท์มือถือ

Fight คือ สู้สุดชีวิต กรณีเผชิญหน้ากับผู้ก่อเหตุชนิดที่หลบหลีกไม่ได้ ให้สู้สุดแรงและหาโอกาสหนี เช่น ใช้สิ่งของใกล้มือเป็นอาวุธ เช่น ใช้ดินสอปากกาแทงตาผู้ก่อเหตุอย่างสุดแรง ถ้าอยู่หลายคนให้สู้พร้อมกัน[12]

สำหรับแนวทางปฏิบัติของประเทศอังกฤษ คือ Run - Hide - Tell[14] แนวทางปฏิบัติในขั้นตอน Run และ Hide มีการปฏิบัติคล้าย ๆ กับแนวทางของประเทศสหรัฐอเมริกากับแนวทางของประเทศออสเตรเลียที่ได้กล่าวไปข้างต้น แต่แนวทางของประเทศอังกฤษเพิ่มหลักการแจ้งเหตุ

Tell คือ การแจ้งเหตุ เป็นการแจ้งแบบใช้เสียงได้หากอยู่ในพื้นที่ปลอดภัยหรือกรณีงดเสียงให้แจ้งเป็นแบบข้อความ โดยแจ้งรายละเอียดของบุคคลและสถานที่ คือ แจ้งบุคคล 3 ประเภท คือ ตัวเรา ผู้ก่อเหตุ และผู้บาดเจ็บ โดยแจ้งตามประเด็น เช่น ใคร ทำ อะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร ดังนี้

1. แจ้งเกี่ยวกับตัวเรา โดยบอกว่าเราเป็นใครอยู่บริเวณใด
2. แจ้งเกี่ยวกับผู้ก่อเหตุว่า บริเวณที่เห็นผู้ก่อเหตุครั้งสุดท้าย อธิบายจำนวนผู้ก่อเหตุ เสื้อผ้า อาวุธ เป็นต้น
3. แจ้งเกี่ยวกับผู้ประสบเหตุ เช่น จำนวนผู้บาดเจ็บ แจ้งสถานที่ ได้แก่ ทางเข้า ทางออก เป็นต้น ดังนั้นแนวทางในการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงจึงควรยึดหลักการ วิ่ง – ซ่อน – สู้ (Run – Hide – Fight) และในระหว่างการซ่อนตัวให้นำหลักการแจ้งเหตุ (Tell) มาใช้เพื่อขอความช่วยเหลือและ เพื่อให้เกิดการสื่อสารได้อย่างชัดเจน

สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการฝึกอบรมการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิง ณ แผนกฉุกเฉิน Health Children's Medical Center, Dallas รัฐเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการอบรมครั้งนี้ใช้หลักการหนี ซ่อน สู้ (Run – Hide – Fight) และจำลองสถานการณ์เสมือนจริง หลังจากการอบรมมีการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการแรกที่ผู้อบรมปฏิบัติ พบว่า ผู้อบรม ร้อยละ 66 ใช้วิธีหนีจากที่เกิดเหตุ ร้อยละ 15 เข้าไปช่วยเหลือปกป้องผู้ป่วย ร้อยละ 7 ใช้วิธีซ่อนตัว ร้อยละ 6 ใช้วิธีการสู้ และร้อยละ 4 เรียกขอความช่วยเหลือจากหมายเลข 911[15] ถึงแม้ว่าสถาบันดังกล่าวใช้หลักการ Run - Hide - Fight แต่จากสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่ามีผู้อบรมเพียงร้อยละ 15 เข้าไปช่วยเหลือปกป้องผู้ป่วย ดังนั้นการนำหลักการนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลยังมีจุดอ่อนจึงควรมีการเพิ่มเติมประเด็นเกี่ยวกับการ

ปกป้องดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับกับความเห็นของทีมงานของโรงพยาบาล Carolinas Medical center in Charlotte รัฐนอร์ทแคโรไลนา ที่เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงไม่อาจวิ่งหนีเอาชีวิตรอดฝ่ายเดียว ทีมงานจึงเสนอแนวทางปฏิบัติคือ Avoid – Deny - Defend - Treat เป็นส่วนหนึ่งของแผนการซ้อมเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงจากการกราดยิง[16] มีรายละเอียดดังนี้

รู้หลีก (Avoid Danger) หลีกจากอันตรายโดยเร็วจากการหัดสังเกตและสนใจสัญญาณอันตรายให้ไว ตื่นตัวระแวดระวัง เช่น สังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ก่อเหตุได้เร็ว เช่น การซ่อนปืนใต้ชุดที่สวมใส่ ตระหนักและเตรียมตัวก่อนเกิดเหตุ เช่น มีการเตรียมทางหนีฉุกเฉิน ตลอดจนการวางแผนให้มีสถานที่ปลอดภัย เช่น ห้องที่สามารถล็อคประตูได้

รู้หลบ (Deny Access) ในที่นี้หมายถึง หลบซ่อน (hide) และกันผู้ก่อเหตุไม่ให้เข้าถึงตัวเราได้ง่าย รวมถึงการอพยพผู้ป่วยด้วยรถเข็นหรือเปลนอนเข็นไปยังพื้นที่ปลอดภัยซึ่งมีการเตรียมพื้นที่ปลอดภัยไว้ก่อนเกิดเหตุ กรณีที่ผู้ก่อเหตุอยู่นอกหอผู้ป่วย ให้ปิดล็อคประตู หน้าต่าง หรือปิดกั้นทางเข้าอย่างแน่นหนา ดันประตูด้วยเตียงหรือเก้าอี้ เป็นต้น รวมทั้งติดประกาศเบอร์ฉุกเฉินไว้ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน[17]

สู้สุดฤทธิ์ (Defend Yourself) เป็นการป้องกันตนเองเมื่อจวนตัว โดยใช้อุปกรณ์ที่มีใกล้ตัว และรวมตัวกันสู้[18] เช่น ใช้ถังดับเพลิงทุ่มใส่ผู้ก่อเหตุหรือใช้อุปกรณ์การแพทย์เป็นอาวุธป้องกันตัว[19] ขั้นตอนนี้หากบุคลากรไม่เคยฝึกซ้อมเผชิญเหตุ ผู้เขียนคิดว่าการสู้กับผู้ก่อเหตุนั้นแทบจะทำไม่ได้นอกเสียจากว่าบุคคลนั้นใช้สัญชาตญานการเอาชีวิตรอด ดังนั้นการฝึกซ้อมจึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด

การดูแล (Treat) หมายถึง การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์กราดยิงภายในพื้นที่ปลอดภัย โดยทั่วไปผู้ประสบเหตุที่เป็นคนทั่วไป เมื่อวิ่งออกจากสถานที่เกิดเหตุก็ไม่จำเป็นต้องกลับมาที่เกิดเหตุ ซึ่งต่างจากการเกิดเหตุในโรงพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลที่ได้วิ่งหนีจากจุดเกิดเหตุไปแล้วนั้นยังคงกลับมาดูแลผู้บาดเจ็บภายหลังสิ้นสุดเหตุการณ์ความรุนแรง ดังนั้นการกลับมาดูแลรักษาผู้บาดเจ็บในพื้นที่ปลอดภัยจึงมีความสำคัญ[16,19] เช่น เกิดเหตุการณ์ที่แผนกฉุกเฉินจนบริเวณนั้นได้รับความเสียหายหลังจากเหตุการณ์สงบ ทางโรงพยาบาลสามารถจัดพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความปลอดภัยเพื่อรักษาผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์และสำหรับการทำงานของบุคลากร นอกจากนี้ ในจุดเกิดเหตุนั้นพยาบาลสามารถดูแลผู้บาดเจ็บในที่เกิดเหตุ โดยควรคำนึงถึงความปลอดภัย คือ

1. ความปลอดภัยของผู้เข้าทำการช่วยเหลือ[20] หมายถึง พยาบาลควรคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเอง เช่น ผู้ก่อเหตุไม่ได้อยู่ในบริเวณนั้นหรือพยาบาลหลบซ่อนอยู่ในพื้นที่ปลอดภัย

2. ความปลอดภัยในพื้นที่เกิดเหตุ หมายถึง สำรวจพื้นที่บริเวณนั้นเพื่อไม่ให้มีสิ่งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น เช่น เศษกระจก สายไฟฟ้าที่จะเกิดการรั่วไหล เป็นต้น และ

3. ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บ หมายถึง หากได้รับการช่วยเหลือจะทำให้ผู้บาดเจ็บสูญเสียน้อยลง

โดยมีขั้นตอนการประเมินและช่วยเหลือขั้นต้นตามลำดับการช่วยเหลือ CABD หรือ MARCH ดังนี้

1. M- Massive Hemorrhage Control คือ การห้ามเลือด

2. A- Airway with Cervical Spine คือ การเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ป้องกันการเคลื่อนที่ของกระดูกคอ

3. R-Respiration คือการประเมินและช่วยให้หายใจเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ 4. C- Circulation คือการประเมินและดูแลภาวะการไหลเวียนเลือด

4. H- Head Injury การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการป้องกันการบาดเจ็บของระบบประสาท

ในพื้นที่เกิดเหตุการณ์กราดยิงและพยาบาลเป็นผู้ประสบเหตุเช่นกัน ดังนั้นสิ่งที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้ทันที คือ การทำขั้นตอนที่ 1 คือ การห้ามเลือด มีรายงานจากการก่อเหตุกราดยิงหลายที่ในประเทศ

สหรัฐอเมริกาหรือจากการวางระเบิดที่เมืองบอสตัน เกี่ยวกับการห้ามเลือดโดยเร็วนั้นช่วยให้คนรอดชีวิตมากขึ้น[21] การดูแลผู้บาดเจ็บที่มีเลือดออกภายนอกปฏิบัติตามลำดับ ได้ดังนี้[20,22]

1. กดลงไปบริเวณบาดแผลที่มีเลือดออกโดยตรง โดยใช้มือจับผ้าสะอาดปิดตรงปากแผลและกดลงไปและระมัดระวังไม่สัมผัสเลือด

2. ยกบริเวณที่เลือดออกให้สูงพร้อมกับกดปากแผลไว้

3. กดบริเวณเส้นเลือดแดงที่ส่งเลือดไปบริเวณที่เลือดออก เช่น หากมีแผลเลือดออกต่ำกว่าเข่าให้กดเส้นเลือดแดงบริเวณเหนือเข่า เป็นต้น และ

4. Tourniquet สำหรับการห้ามเลือดด้วย tourniquet นั้น ต้องอาศัยการฝึกอบรมมาบ้างจึงจะไม่เกิดอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด หลังจากพยาบาลให้การช่วยเหลือในขั้นตอนห้ามเลือดแล้ว ต้องรีบขอความช่วยเหลือต่อไป สำหรับบทความนี้การอพยพผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสมรรถนะของพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งจะไม่กล่าวรายละเอียดในบทความนี้

สรุปได้ว่า สาระสำคัญในหลักการ Avoid – Deny – Defend - Treat มีสาระสำคัญคล้ายกับหลักการของ Run – Hide - Fight แต่มีเนื้อหาเพิ่มเติมการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บ (Treat) ในพื้นที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรต้องตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์และวิธีการรับมือกับเหตุการณ์เพื่อนำไปสู่การนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป การที่พยาบาลจะรับมือกับเหตุการณ์กราดยิงได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยทักษะซึ่งเกิดขึ้นจากการฝึกอบรม

การฝึกอบรมเพื่อเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิง

การฝึกอบรมเป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่งเพื่อทำให้พยาบาลตระหนักและพัฒนาทักษะวิ่ง ซ่อน สู้ หรือเกิดทักษะรู้หลบ รู้หลีก สู้สุดฤทธิ์ และการดูแลผู้บาดเจ็บได้อย่างมีหลักการตามที่กล่าวไปข้างต้น การฝึกอบรมจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรง[7] เมื่อเผชิญเหตุการณ์กราดยิง

ประโยชน์ของการฝึกอบรม

จากประสบการณ์ตรงของผู้เขียน ผู้เขียนได้เห็นประโยชน์ของการฝึกอบรมที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนแห่งหนึ่ง ครั้งหนึ่งผู้เขียนได้ถูกล็อคดาวน์ (Lockdown) ในโรงเรียนรัฐแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีการปฏิบัติการของตำรวจเพื่อจับกุมผู้ร้ายใกล้เขตพื้นที่โรงเรียน ลำดับเหตุการณ์คือ เจ้าหน้าที่ของโรงเรียนแห่งนั้นแจ้งกับผู้เขียนเกี่ยวกับสถานการณ์ และการล็อคดาวน์ของโรงเรียน ต่อมา เจ้าหน้าที่พาผู้เขียนไปซ่อนตัว โดยเดินไปยังห้องที่มีประตูและล็อคประตูทางเข้า เดินต่อไปเพื่อซ่อนตัวในห้องน้ำ ปิดไฟและให้อยู่อย่างเงียบที่สุด ในขณะนั้นผู้เขียนตกใจมาก จึงได้แต่ปฏิบัติตาม เพราะไม่มีความรู้และไม่เคยเผชิญเหตุการณ์เช่นนี้มาก่อน เวลาผ่านไปเป็นชั่วโมง จนเจ้าหน้าที่แจ้งว่าเหตุการณ์ปกติ ทุกคนในโรงเรียนปลอดภัย ผู้เขียนคิดว่า การที่เจ้าหน้าที่โรงเรียนปฏิบัติตนได้อย่างฉับพลันและปฏิบัติได้ราบรื่นอย่างมีขั้นตอนรวมทั้งได้ช่วยดูแลผู้เขียนด้วยนั้น แสดงให้เห็นความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ต้องผ่านการฝึกอบรมมาอย่างดี

จากการสืบค้นเกี่ยวกับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงในประเทศไทยหลังเหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดนครราชสีมาถึงปัจจุบันยังไม่การฝึกอบรมในภาคประชาชน มีเพียงการประชุมถอดบทเรียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทยและคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ โดยเน้นความรู้ทั่วไปในการเอาชีวิตรอดจากการใช้อาวุธปืน การที่จะหนี ซ่อน หรือ สู้อย่างเป็นอัตโนมัติเมื่อเกิดเหตุได้นั้น ต้องผ่านการอบรมและฝึกซ้อมเป็นประจำเพื่อลดการสูญเสีย เช่น ห้างสรรพสินค้าของประเทศสหรัฐอเมริกาแห่งหนึ่ง เปลี่ยนการซ้อมจากจำนวน 1 ครั้งต่อปีเป็นซ้อมประจำทุก 3 เดือน สามารถลดความสูญเสียได้ จากเหตุการณ์กราดยิงที่เอลปาโซ รัฐเท็กซัส เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 พนักงานของห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งพาลูกค้าหนีออกทางหนีไฟและพาไปซ่อนในตู้คอนเทนเนอร์ ทำให้ช่วยชีวิตลูกค้าจำนวนมากถึง 140 คน[23] สำหรับการ

ฝึกอบรมในโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันและจัดการความรุนแรง หากโรงพยาบาลมีมาตรการการป้องกันและจัดการความรุนแรงที่ดีจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงขึ้น[7] มีผลการวิจัยยืนยันว่า การซ้อมรับมือความรุนแรงช่วยลดเหตุรุนแรงได้ เช่น การศึกษาความรุนแรงในสถานพยาบาลพบว่า การเพิ่มการฝึกอบรมทักษะในการปฏิบัติงาน ทักษะการเผชิญ หรือรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ตลอดจนการซ้อมแผนสถานการณ์ฉุกเฉินให้กับบุคลากรใหม่ช่วยป้องกันหรือลดเหตุรุนแรงทางกายขณะปฏิบัติหน้าที่ได้[24]

จะเห็นว่าการอบรมและการฝึกซ้อมเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง ผู้เขียนจึงต้องการเสนอตัวอย่างการฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงเป็นส่วนหนึ่งของการอบรม

ตัวอย่างการฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง

การอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation based learning) เป็นการเรียนรู้จากการจำลองสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ผู้อบรมได้ฝึกทักษะตามวัตถุประสงค์และแสดงบทบาทตามที่กำหนดในสถานการณ์ รวมทั้งมีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ การแต่งกาย และสถานที่ ที่เลียนแบบจากสิ่งแวดล้อมจริง[25] นอกจากนี้การอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงเปรียบเหมือนการนำผู้อบรมลงไปทดลองกับเหตุการณ์คล้ายจริง เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้อบรม ได้เกิดทักษะและเกิดความมั่นใจ[26] เช่น ได้เผชิญกับสถานการณ์จำลองการกราดยิงที่ไม่ได้พบบ่อยแต่อาจพบได้ และมีผลกระทบรุนแรง

ผู้เขียนขอเสนอตัวอย่างจากต่างประเทศแห่งหนึ่ง คือ การฝึกอบรมฯ รับมือความรุนแรงจากการใช้อาวุธปืนในหอผู้ป่วยจากกรณีตัวอย่างของ Summa Health System in Akron รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา[27] การอบรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพให้รับมือกับสถานการณ์รุนแรง โดยใช้“enABLE Model” ในการฝึกอมรมซึ่งประกอบด้วย 3 วิธีการ คือ การบรรยายสรุป การจำลองสถานการณ์เสมือนจริง และการฝึกเทคนิคการป้องกันตัว การฝึกอบรมฯ ของสถาบันแห่งนี้เป็นบทเรียนที่ดี คือ

1. เป็นการป้องกันก่อนเกิดเหตุและเก็บข้อมูลเป็นระบบในรูปแบบวิจัย แสดงข้อค้นพบที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังการอบรม และ

2. เป็นการทำงานแบบทีมและเป็นเครือข่าย

ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนจนถึงขั้นการฝึกอบรม

การเตรียมงานก่อนอบรม

สหวิชาชีพของ Summa Health System in Akron เริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถิติความรุนแรงที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ทบทวนโปรแกรมการปฏิบัติสำหรับการป้องกันความรุนแรงในโรงพยาบาล ทีมงานพบว่า โปรแกรมที่สถาบันมีอยู่นั้นมีเนื้อหาไม่เพียงพอกับการนำมาใช้ในบริบทของสถานพยาบาลเช่น ไม่มีที่หลบซ่อนผู้ป่วยและไม่มีห้องที่ล็อคประตูได้ เขาจึงพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงขึ้นมา มีการศึกษานำร่องและเก็บรวบรวมข้อมูลจนพัฒนาโปรแกรมเรียกว่า “Violence: enABLE Yourself to Respond” เป็นโปรแกรมที่ฝึกให้บุคลากรตอบสนองต่อความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจของบุคลากรสุขภาพให้มั่นใจในการตอบสนองต่อสถานการณ์รุนแรง เปลี่ยนความคิดจาก “ฉันตกเป็นเหยื่อ” ให้เป็นความคิดว่า “ฉันต้องเป็นผู้รอดชีวิต” ต่อมา โรงพยาบาลได้สร้างศูนย์เรียนรู้เหตุการณ์เสมือนจริง (Simulation center) ประกอบด้วยห้องผู้ป่วย ทางเดิน เคาน์เตอร์พยาบาล ใช้วัสดุแบบชั่วคราวเพื่อให้เคลื่อนย้ายและซ่อมแซมได้ง่าย ในห้องผู้ป่วยมีการสร้างเลียนแบบสถานที่จริง เช่น มีเตียงนอน โต๊ะคร่อมเตียง เก้าอี้ โทรศัพท์ ส่วนบริเวณทางเดิน มีอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ล้อเข็น เสาน้ำเกลือ กล้องบันทึกภาพ เป็นต้น

“enABLE Model” เป็นโมเดลในการฝึกอบรม ซึ่งทางสถาบันใช้หลายหลักการ เช่น ใช้หลักการ

Run - Hide - Fight เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมแต่คำนึงถึงการปกป้องผู้ป่วยมากขึ้น มีการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม สำหรับคำว่า“enABLE” A ย่อมาจาก Accept หมายถึง ยอมรับว่ามีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้น B ย่อมาจาก Barricade หมายถึง หลบซ่อนหลังวัตถุขนาดใหญ่หรือปิดกั้นทางเข้าด้วยสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก ๆ L ย่อมาจาก Leave หมายถึง ออกจากพื้นที่ที่มีความรุนแรง และ E ย่อมาจาก Engage คือ จู่โจมผู้ก่อเหตุในกรณีสุดวิสัย

เครื่องมือที่ใช้ในการอบรม

1. แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการเรียนรู้และการเตรียมพร้อมในสถานการณ์รุนแรง

2. โปรแกรมของการฝึกอบรมเพื่อเตรียมรับสถานการณ์ความรุนแรงคนร้ายมีอาวุธหรือมีการจับตัวประกัน ประกอบด้วย การบรรยายสรุป การจำลองสถานการณ์เสมือนจริง และการฝึกเทคนิคการป้องกันตัว มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพและฝ่ายพลเรือนที่เชี่ยวชาญเรื่องการป้องกันการก่อเหตุความรุนแรง

3. แบบประเมินการตอบสนอง

4. การบันทึกภาพขณะฝึกอบรม

ระยะการอบรม

ใช้ระยะเวลา 4 ชั่วโมง จำกัดจำนวนผู้เข้าอบรมไม่เกิน 24 คนต่อครั้ง เริ่มจากการบรรยาย เน้นเนื้อหา เช่น วิธีการเพื่อลดการสูญเสีย เพิ่มความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์กดดันและเอาชนะความกลัว การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจสำหรับการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดหากเกิดการใช้อาวุธปืน

ผู้เขียนเห็นข้อดีของการฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงของสถาบันแห่งนี้ ได้แก่

1. มีการจำลองเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริงในสถานที่อื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในตึกผู้ป่วยเป็นอาวุธก่อความรุนแรง จนถึงเหตุการณ์ความรุนแรงที่ใช้อาวุธปืน ได้แก่ เหตุการณ์สามีของผู้ป่วยโกรธเจ้าหน้าที่และใช้อาวุธปืนขู่เจ้าหน้าที่ เป็นต้น

2. มีการกำหนดตัวละครและบทบาทชัดเจน เช่น ผู้อบรมแสดงเป็นคนไข้ ญาติ แพทย์ ครูฝึกแสดงเป็นผู้ร้าย

3. การซ้อมเริ่มจากขั้นตอนและเนื้อหาจากง่ายไปยาก มีอุปกรณ์การฝึกชัดเจน เช่น เสื้อผ้าที่สวมใส่บ่งบอกหน้าที่ความรับผิดชอบตามที่กำหนดในสถานการณ์

4. โปรแกรมอบรมให้ความสำคัญมากที่สุดสำหรับการดูแลด้านจิตใจของผู้อบรม ผู้เขียนเห็นความละเอียดในเรื่องของการคำนึงถึงจริยธรรมของผู้เข้าอบรมด้วย แม้ว่าเป็นการฝึกอบรมเสมือนจริง แต่ทางผู้อบรมได้ให้ความสำคัญโดยมีการลดความเสี่ยงในการคุกคามผู้เข้าอบรม เช่น มีแบบประเมินคัดกรองความพร้อมก่อนเข้าร่วมอบรมและขณะฝึกอบรม ผู้อบรมสามารถออกจากการฝึกอบรมได้ทุกเวลา ระหว่างการฝึกอบรมนั้นหากครูฝึกสังเกตุเห็นความเครียด จะให้การประเมินความเครียดของผู้อบรม ถ้ามีระดับความเครียดสูงจะให้ผู้อบรมเปลี่ยนจากผู้อบรมไปเป็นผู้สังเกตการณ์ และกรณีที่สิ้นสุดการฝึกอบรม หากพบว่าผู้อบรมมีความเครียดและต้องการความช่วยเหลือ ทางผู้จัดอบรมจัดให้มีหน่วยงานดูแลต่อเนื่อง

การประเมินผล

ครูฝึกและผู้อบรมมีการสรุปผลการฝึกร่วมกัน มีการสะท้อนประสบการณ์ความรู้สึก และทำแบบประเมินการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความรุนแรงก่อนและหลังอบรม

สรุปผลการศึกษาจากการฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงหลังจากสิ้นสุดการฝึกอบรมมีการสรุปผลการตอบสนองต่อเหตุการณ์ความรุนแรงก่อนและหลังอบรมพบว่าผู้อบรมมีระดับความพร้อมหรือความมั่นใจต่อการป้องกันตนเองและปกป้องผู้ป่วยในระดับดีเพิ่มมากขึ้น ผู้อบรมตระหนักถึงความสามารถที่เพิ่มขึ้นในการปกป้องตนเองและ

ปกป้องผู้ป่วยตลอดจนมีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมและทักษะการแก้ปัญหา

การนำสาระสำคัญจากกรณีตัวอย่างมาประยุกต์ใช้

จากกรณีตัวอย่างสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมให้พยาบาลสามารถเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงและการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ได้ตามประเด็นดังนี้

1. การสร้างทีมและทำงานเป็นเครือข่าย

สมาชิกในทีมควรประกอบด้วยสหวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ เช่น ตำรวจ ทหาร หรือกู้ภัย ที่เคยมีประสบการณ์ หรือผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการรับมือการกราดยิง เพื่อให้เกิดการวางแผนรอบด้าน ทีมมีหน้าที่พัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมโดยจำลองสถานการณ์เสมือนจริงตามบริบทของหน่วยงาน

2. การสร้างแผนการฝึกอบรม และการปฏิบัติ

2.1 การกำหนดสถานที่ จากกรณีตัวอย่างมีการลงทุนสร้างพื้นที่อบรมขึ้นมาใหม่ ทำให้สะดวกต่อการฝึกอบรม แต่หากมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ ให้ประยุกต์ใช้พื้นที่ที่มีและเพิ่มเติมอุปกรณ์ให้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่ออกแบบขึ้นมาเพื่อฝึกอบรม

2.2 การจำลองเหตุการณ์ โดยใช้ตัวอย่างการกราดยิงที่เคยเกิดขึ้น หลาย ๆ เหตุการณ์เพื่อฝึกให้ผู้อบรมมีการคิดตัดสินใจหลายแบบ

2.3 รูปแบบการฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง ใช้ระยะเวลาในการฝึกประมาณ 4 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยายและการฝึกเสมือนจริง จำกัดจำนวนผู้เข้าอบรม ไม่เกิน 20 คนต่อครั้ง

3. การประเมินผล จัดให้มีการประเมินผลก่อนและหลังอบรม เรื่องความรู้ ทักษะการตอบสนองต่อเหตุการณ์ ความมั่นใจ เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีฝ่ายให้คำปรึกษาดูแลด้านจิตใจหากผู้อบรมเกิดความกลัวหรือความเครียดขณะอบรมหรือหลังการอบรม

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงาน

เนื่องจากกรมการแพทย์หรือกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีการเผยแพร่แนวทางการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงสำหรับการปฏิบัติในประเทศไทย หน่วยงานที่มีนโยบายชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันสาธารณภัยแต่ขาดแนวทางการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงจึงควรมีการเพิ่มเติมการเตรียมความพร้อม ดังนี้

1. บรรจุแนวทางการเอาชีวิตรอดโดยใช้หลักการวิ่ง – ซ่อน - สู้ หรือ หลักการ รู้หลีก – รู้หลบ - สู้สุดฤทธิ์ และดูแลรักษาผู้บาดเจ็บ เป็นส่วนหนึ่งในแผนสาธารณภัยที่มีอยู่เดิม

2. หน่วยงานใหญ่ (รวมทุกแผนก) ควรจัดฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้เข้าใจภาพรวมเมื่อเกิดเหตุการณ์กราดยิง

3. หน่วยงานระดับย่อย (แผนก) ควรจัดฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในการเอาชีวิตรอดจากเหตุการณ์กราดยิงในพื้นที่สาธารณะปีละ 3 ครั้ง[20] หลังจากผ่านการฝึกซ้อมประจำปีของหน่วยงานใหญ่ เพื่อให้เกิดความชำนาญ

บทสรุป

เมื่อพยาบาลเผชิญเหตุการณ์การกราดยิงในพื้นที่สาธารณะ พยาบาลสามารถรอดชีวิตและสามารถช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ใกล้ให้รอดชีวิต โดยใช้หลักการวิ่ง – ซ่อน - สู้ (Run – Hide - Fight) ปฏิบัติได้ดังนี้

1. วิ่ง ให้วิ่งอย่างมีสติ วิ่งหนีออกห่างจุดเกิดเหตุให้เร็วที่สุด

2. ซ่อน ให้หลบซ่อนตัวหากวิ่งหนีไม่พ้น หลบซ่อนในพื้นที่ปลอดภัย เช่น ห้องที่สามารถล็อคประตูหน้าต่างได้ ห้องที่มีผนังหนา เมื่อหลบซ่อนแล้วให้ปิดไฟ อยู่อย่างเงียบที่สุด และพยายามขอความช่วยเหลือจากภายนอกโดยการแจ้งเหตุอย่างชัดเจนให้มากที่สุดโดยการใช้พิมพ์ข้อความแทนการพูด

3. สู้ ให้ต่อสู้สุดแรงในกรณีประจันหน้ากับ

ผู้ก่อเหตุ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้ตั้งสติ มองหาอุปกรณ์ใกล้ตัวมาเป็นอาวุธ ให้ฟาดหรือทุบผู้ก่อเหตุ สำหรับในโรงพยาบาลเพิ่มหลักการ รู้หลีก รู้หลบ สู้สุดฤทธิ์ และดูแลผู้บาดเจ็บในพื้นที่ปลอดภัย (Avoid – Deny – Defend - Treat) โดยหลีกอันตราย ฝึกตนเองให้ไวต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้น รีบหลบซ่อน หรือให้สู้สุดฤทธิ์กับผู้ก่อเหตุเมื่อจวนตัว หรือหลังจากเหตุการณ์สงบ พยาบาลควรคำนึงถึงการกลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่ปลอดภัยตามที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้

การที่พยาบาลจะปฏิบัติตามหลักการดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้นควรผ่านการฝึกอบรม เพราะ การอบรมทำให้มีความรู้ มีแนวทางและปฏิบัติได้เมื่อเกิดเหตุการณ์กราดยิง การอบรมเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากที่สุดเพื่อลดการบาดเจ็บ และการเสียชีวิต การฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงจึงเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ทำให้ผู้อบรมได้รับประสบการณ์คล้ายกับเผชิญกับเหตุการณ์จริง ที่โอกาสพบมีน้อยแต่เป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบมากด้านชีวิตและทรัพย์สิน นอกจากนี้การฝึกอบรมโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงเป็นประจำ ทำให้พยาบาลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและปฏิบัติได้อย่างคุ้นชินเมื่อภัยมา

เอกสารอ้างอิง

1. สยามรัฐออนไลน์. ตร.ลั่นพร้อมจับตาย โจรปล้นร้านทองลพบุรี. [ออนไลน์]. 24 กุมภาพันธ์ 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2563/02/25]. เข้าถึงได้จาก https://siamrath.co.th/n/125949
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่UCEP. [ออนไลน์]. 11 กุมภาพันธ์ 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2563/02/25]. เข้าถึงได้จาก https://www.facebook.com/niem1669/photos/a.519890064716814/2909485532423910/?type=3&theater
3. ENA. Active Shooter Preparedness in the Emergency Department. Topic Brief Emergency Nurses Association December [online]. 2016. [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/01] เข้าถึงได้จาก: https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/topic-briefs/active-shooter-preparedness-in-the-emergency-department
4. ข่าวสด. กราดยิงซ้ำซากในสหรัฐ มือปืนสาดกระสุน 4 ศพ โรงพยาบาลชิคาโก. [ออนไลน์]. 20 พฤศจิกายน 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2563/02/25]. เข้าถึงได้จาก https://www.khaosod.co.th/around-the-world-news/news_1849732
5. กรุงเทพธุรกิจ. สาธารณสุขขอตำรวจช่วยสกัดตีกันในโรงพยาบาล. [ออนไลน์]. 19 พฤศจิกายน 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2563/02/25]. เข้าถึงได้จาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/855124
6. ข่าวไทยพีบีเอส. วัยรุ่นบุกทำร้ายคู่กรณีซ้ำในห้องฉุกเฉินรพ.กระทุ่มแบน-ตร.เร่งติดตาม. [ออนไลน์]. พฤศจิกายน 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/01]. เข้าถึงได้จาก https://news.thaipbs.or.th/content/267513?read_meta=%7B%22label%22%3A%22articlepage_number3%22%2C%22group%22%3A%22NA%22%7D
7. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. [ออนไลน์]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/01]. เข้าถึงได้จาก https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Population_Health/Attach/25621021104345AM_22.pdf?contentId=18324

7. วันเพ็ญ ไสไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา และณวีร์ชยา ประเสริฐสุขจินดา. ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. รามาธิบดีเวชสาร. [ออนไลน์]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/02];6(1):121-135 เข้าถึงได้จาก: http://repository.li.mahidol.ac.th/dspace/handle/123456789/3240
8. TNN. วิกฤตความรุนแรงในสถานพยาบาล. [ออนไลน์]. 26 สิงหาคม 2562. [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/01]. เข้าถึงได้จาก https://www.tnnthailand.com/content/7253
9. Glasofer, Amy., Laskowski-Jones, Linda. Mass shootings, A call for nursing awareness and action. Nursing 2019, doi: 10.1097/01.NURSE.0000549496.58492.26
10. Thaireform. ถอดบทเรียนอุบัติการณ์เหตุกราดยิงจากสหรัฐ-ไทย เราจะวิ่ง ซ่อน หรือสู้. [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/07]. เข้าถึงได้จาก: https://www.isranews.org/thaireform/thaireform-documentary/85510-mass-shooting85510.html
11. The City of Houston. Run Hide Fight ®: Surviving on Active Shooter Event. [ออนไลน์]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/12]. เข้าถึงได้จาก: https://www.youtube.comwatch?v=5VcSwejU2D0&feature=emb_title
12. WA Police. What to do in an Active Shooter or Armed Offender Incidents. [ออนไลน์]. 2018. [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/12]. เข้าถึงได้จาก: https://www.police.wa.gov.au/Your%20Safety/Counter%20terrorism/What%20to%20do%20in%20an%20Active%20Armed%20Offender%20incident
13. NPCC. Stay Safe Firearms and Weapons attack. [ออนไลน์]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/05]. เข้าถึงได้จาก: https://www.npcc.police.uk /NPCCBusinessAreas/WeaponAttacksStaySafe.aspx
14. Sanchez L, Young VB, Baker M. Active Shooter Training in the Emergency Department: A Safety Initial. (2018). J Emerg Nurs, [ออนไลน์]. 2018 [เข้าถึงเมื่อ 2563/06/22]; Nov 44(6). เข้าถึงได้จาก https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.002
15. HCPro. Your plan to fight back against active shooters. Hospital Safety Insider. [ออนไลน์]. 2016 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/14]. เข้าถึงได้จาก: http://www.hcpro.com/SAF-322881-874/Your-plan-to-fight-back-against-active-shooters.html
16. Healthcare & Public Health Sector Coordination Council. Active Shooter Planning and Response. Learn how to survive a shooting event in a Healthcare Setting. [ออนไลน์]. 2017 [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/17]. เข้าถึงได้จาก: https://www.fbi.gov/file-repository/active_shooter_planning_and_response_in_a_healthcare_setting.pdf/view
17. MESH Coalition. MESH Coalition Responding to an Active Shooter in a Healthcare Setting. [VDO]. 2016 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/17]. เข้าถึงได้จาก: https://vimeo.com/112455575
18. Jennifer Thew. Ten ways to protect nurses from active shooters. [ออนไลน์]. 2018 [เข้าถึงเมื่อ2556/3/10].เข้าถึงได้จาก: https://www.healthleadersmedia.com/nursing/10-ways-protect-nurses-active-shooters

19. เพชรพงษ์ กำจรกิจการ. การดูแลผู้บาดเจ็บในที่เกิดเหตุ. ใน: ชาญเวช ศรัทธาพุทธ และเรวัติ ชุณหสุวรรณกุล, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 18. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2557. หน้า 10-35.
20. Reed J.R., Carman M. Leading the Effort to Promote Bleeding Control in Our Communities. AJN 2019; 119(5): 51-53.
21. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. การห้ามเลือด. [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563/08/25]. เข้าถึงได้จาก https://www.niems.go.th/1/NEWS/Detail/1561?group=6
22. สมาพันธ์ค้าปลีกแห่งชาติของสหรัฐ. ค้าปลีกสหรัฐรับมือกราดยิงอย่างไร. [ออนไลน์]. 10 กุมภาพันธ์ 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2563/02/15]. เข้าถึงได้จาก https://www.prachachat.net/marketing/news-419595
23. นภัสวรรณ พชรธนสาร และ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์. ความชุก ลักษณะ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563/03/02];8(2):212-225 เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/146654
24. ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์. การสอนโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560; 9:70-84.
25. ธัชวรรณ จิระติวานนท์. การสอนการทำงานเป็นทีมโดยการใช้สถานการณ์จำลอง. เวชบันทึกศิริราช 2561; 11:34 -45.
26. Robin G. Brown, Shauna Anderson, Barbara Brunt, Trish Enos, Keith Blough, Denise Kropp. Workplace Violence Training Using Simulation. AJN 2018; 118(10):56-70.

ประชาสัมพันธ์การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน
วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ได้รับการรับรองให้อยู่ในฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นงานวิจัย ผลงานทางวิชาการ และการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการไทย หรือ Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 ผู้ที่จะส่งบทความตีพิมพ์ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารฯ อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

1. เป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
2. เป็นบทความด้านการบริการการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. ต้องไม่เป็นบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อนทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งภาษาอื่น ๆ
4. บทความเป็นฉบับภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
5. บทความวิจัยต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ มาพร้อมกับบทความต้นฉบับที่จะส่งขอตีพิมพ์

การสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

กรอกใบสมัครตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 หรือทาง e-mail: nat-nd@hotmail.com โดยมีค่าสมาชิก ดังนี้

1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท
2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท
3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท
รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

ความรับผิดชอบของผู้เขียน

1. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด และเนื้อหาส่วนภาษาอังกฤษต้องได้รับการตรวจสอบจากเจ้าของภาษามาแล้ว

2. ส่งบทความต้นฉบับที่มีความยาว**ไม่เกิน 12 หน้า** มายังสมาคมฯ ภายในเวลาที่กำหนด คือ ฉบับที่ 1 ภายในเดือนกุมภาพันธ์
ฉบับที่ 2 ภายในเดือนสิงหาคม

โดยส่งทาง Online ระบบ Thaijo **https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse** และทางอีเมล **E-mail address : nat-nd @hotmail.com**

3. ชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ เรื่องละ **1,500** บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชี **ธนาคารไทยพาณิชย์** สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ **566-2-06297-7**

4. หากผู้เขียนต้องการตีพิมพ์แบบเร่งด่วน (Fast track) ต้องชำระค่าใช้จ่ายเพิ่ม เรื่องละ **2,000** บาท โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ **566-2-06297-7**

ขั้นตอนการการพิจารณาบทความ

1. เมื่อกองบรรณาธิการวารสารได้รับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการแล้ว จะพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนดและคุณภาพของบทความ แล้วแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบ

2. บทความที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้น จะถูกส่งต่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณากลั่นกรอง (Blinded peer review)

3. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนด และบทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาด้านคุณภาพ กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบเพื่อพิจารณาปรับปรุง

4. บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้แก่ผู้เขียน

5. ผู้เขียนบทความพิจารณาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมแนบเอกสารชี้แจงการปรับแก้บทความ ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์

6. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาว่าบทความได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะอย่างครบถ้วนแล้ว จะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เขียน เพื่อยืนยันรับการตีพิมพ์บทความอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

7. ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรกเท่านั้น

หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความเพื่อขอรับ
การตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- **ขนาดกระดาษ A 4** ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 12 หน้ารวมเอกสารอ้างอิง
- **กรอบของข้อความ** ในแต่ละหน้าให้มีขอบเขตดังนี้ จากขอบบนของกระดาษ 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- **ระยะห่างระหว่างบรรทัด** หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์
- **ตัวอักษร** ใช้ (TH SarabunPSK) และพิมพ์ตามที่กำหนดดังนี้
  - **ชื่อเรื่อง (Title)**
    - ภาษาไทย ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
    - ภาษาอังกฤษ ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
  - **ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)**
    - ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย – อังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
    - ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-อังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
  - **บทคัดย่อ**
    - ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
    - ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดชิดขอบ ความยาวไม่เกิน 1/2 หน้า ภาษาไทย และ 1/2 หน้าภาษาอังกฤษ
  - **คำสำคัญ (Keywords)** พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และอังกฤษ เลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-4 คำ ขนาด 16 point
  - **รายละเอียดบทความ**
    - หัวข้อใหญ่ ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดชิดซ้าย
    - หัวข้อรอง ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดชิดซ้าย
    - ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดชิดขอบ
    - ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
  - **เนื้อหาของบทความวิจัย กำหนด ดังนี้**
    - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
    - คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดในการวิจัย (อธิบายแนวคิด ทฤษฎี พร้อมสรุปเป็นแผนภูมิประกอบ)
- วิธีดำเนินการวิจัย (รายละเอียดของประชากร การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยระบุรายละเอียดของเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- ผลการวิจัย
- สรุปและอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 15 รายการ)

- **เนื้อหาของบทความวิชาการ กำหนด ดังนี้**
  - บทคัดย่อ
  - บทนำ
  - แนวคิดนำไปสู่การหาองค์ความรู้ทางการพยาบาล (ถ้ามี)
  - บทสรุป

- **คำศัพท์** ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน
- **ภาพและตาราง** กรณีมีภาพและตารางประกอบ ชื่อภาพให้ระบุคำว่า “ภาพที่” ไว้ใต้ภาพประกอบและจัดข้อความบรรยายภาพให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อตารางให้ระบุคำว่า “ตารางที่” หัวตารางให้จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ และใต้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาโดยพิมพ์ใต้ชื่อภาพใช้ตัวอักษรขนาด 14 point ตัวปกติ เส้นของตารางให้มีเพียง 3 เส้น เส้นหัวข้อตาราง และเส้นปิดท้ายตาราง
- **กิตติกรรมประกาศ** ให้ประกาศเฉพาะการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/วิชาการเพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนส่งบทความต้นฉบับ ทาง Online ผ่านระบบ Thaijo ทาง website https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse หรือ E-mail: nat-nd@hotmail.com

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. เอกสารอ้างอิงทุกฉบับต้องมีการอ้างอิงที่กล่าวถึงในบทความ

2. ใช้ระบบตัวเลขในการอ้างอิง โดยพิมพ์ตัวยก

3. เรียงลำดับการอ้างอิงตามเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิค และทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายยติภังค์ (hyphen หรือ -) เชื่อม ระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10

5. รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง

6. รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่พิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume & Number/Issue):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

บุญมี ภูด่านงัว. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนับและบันทึกลูกดิ้น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2557;12(1):135-46.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย 2 แบบ

1. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

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

ตัวอย่าง

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

2. การอ้างอิงบทใดบทหนึ่งของหนังสือ ที่มีผู้แต่งรายบทและมีบรรณาธิการหนังสือ (Chapter in a book) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน (In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ Editor (s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year).หน้า/p.หน้าแรก–หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักงานพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม/สรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ,บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.หน้า/p.หน้าแรก–หน้าสุดท้าย.

การอ้าอิงเอกสารที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/ Dissertation) มีรูปแบบการเขียนอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ประเภท/ระดับปริญญา. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

จุฑามาศ สนกนก. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถานบันอุดมศึกษาเอกชน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic material) ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบประเภทของเอกสารโดยจะเพิ่มเติมข้อมูลบอกประเภทองสื่อเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

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

ตัวอย่าง

ยุทธนา พรหมณี. วิวัฒนาการทางความคิดเกี่ยวกับผู้นำ : ทฤษฎีภาวะผู้นำ [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/17]. เข้าถึงได้จาก: www.pncc.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc

การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเตอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about screen. เข้าถึงได้จาก/Available from: http//.....

ตัวอย่าง

วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลัคนาวีระ และพรนภา หอมสินธุ์. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. วารสารการพยาบาลและการศึกษา [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558/ 12/ 25];8(3):33–51. เข้าถึงได้จาก: http:/ / www.scppk.com2_tps-13/marticle.php?id=113114

แบบฟอร์มการสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

☐ สมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก หมายเลขสมาชิก.....

(สมาชิกเก่าโปรดระบุหมายเลขสมาชิก)

1. ข้าพเจ้า น.ส./นาง/นาย.....มีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

○ ในนามหน่วยงาน คือ.....

○ ในนามบุคคล คือ.....

มีกำหนด.....ปี ตั้งแต่ฉบับที่..ถึงฉบับที่.....ประจำปี พ.ศ.....โปรดส่งวารสารไปยัง

(หน่วยงาน).....หรือ (บุคคล) น.ส./นาง/นาย.....

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

Email:.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ

☐ 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท

☐ 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท

☐ 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท

☐ รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

3. ข้าพเจ้าได้ส่ง ☐ เงินสด

☐ หลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7 จำนวน....บาท (.....) มาพร้อมนี้

และขอให้ออกใบเสร็จในนามของ.....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับเงิน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่ง E-mail address : nat-nd @hotmail.com

หน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200