



การส่งเสริมสุขภาพในกระบวนการทัศน์ใหม่ : สู่การศึกษาและการปฏิบัติ

สุรีย์ ธรรมิกนวร ปร.ด.

เมื่อเอ่ยถึงกระบวนการทัศน์ส่งเสริมสุขภาพ สิ่งที่ถูกอ้างอิงและนึกถึงคือ กกฎบัตรอtotตาวา และล่าสุด คือ กกฎบัตรกรุงเทพ จากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพในปี พ.ศ.2548 แต่คำถามที่สำคัญในขณะที่ประเทศไทยได้รับการยอมรับในการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพ และมีการประชุมในระดับนานาชาติแล้วนั้น ในแง่ของการจัดการศึกษาและการปฏิบัติเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ การส่งเสริมสุขภาพจริงหรือไม่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมคิดและ鞭撻หัวกระบวนการทัศน์การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำมาเป็นแนวคิด กลไกในการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

กระบวนการทัศน์ หมายถึง ความเชื่อ แบบแผนในการปฏิบัติเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น เราเชื่อว่าสุขภาพคือการไม่เจ็บป่วย ไม่เกิดโรค เชื่อว่าการเจ็บป่วย การเกิดโรคเกิดจากเชื้อโรค การปฏิบัติตามมา คือ การพยายามกำจัดเชื้อโรค และการประเมินสุขภาพจากการไม่เกิดโรค ไม่เจ็บป่วย แต่ถ้าเราเชื่อว่าสุขภาพคือความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การปฏิบัติที่ตามมา คือ การจัดการให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ และการประเมินสุขภาพที่ตามมาคือการประเมินจากผลของความสมดุล และถ้าเราเชื่อว่า การเจ็บป่วย การเกิดโรค เกิดจากพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในที่นี้หมายถึงอะไรบาง อยู่ที่การตีความของบุคคล ถ้าตีความเพียงแค่พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สิ่งที่ปรับหรือนำมาเป็นกลวิธีในการปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีสุขภาพดีจะมุ่งที่การปรับแก้ พฤติกรรมเสี่ยง และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อหรือกระบวนการทัศน์เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติ

กระบวนการทัศน์การส่งเสริมสุขภาพในกระแสโลกปัจจุบันเข้าใจตรงกันคือ การเชื่อ และปฏิบัติตามกกฎบัตรอtotตาวา ซึ่งมีขึ้นในปี พ.ศ.2529 และมีการประชุม

ผู้เขียนจึงรวบรวมประเดิมการเปลี่ยนแปลงในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการตอกย้ำและพูดถึงรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละข้อของกกฎบัตรอtotตาวาดังนี้^{1,2}

คำประกาศอัลมาต่า พ.ศ. 2521 แนวคิดสาธารณะมูลฐาน ชี้นำว่าการมีสุขภาพดีนั้นมีประเดิมสำคัญ คือ ชุมชนต้องมีความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มนุษย์สุขภาพมุ่งสู่สุขภาพทางสังคม ดังนั้นปัจจัยสุขภาพจึงมีปัจจัยอื่นนอกเหนือปัจจัยด้านชีวการแพทย์

การเปลี่ยนแปลงการดำเนินการเพื่อสุขภาพจึงมี halfway ภาคส่วนเข้ามายื่นข้อความที่ใช้เป็นหน้าที่เฉพาะของบุคลากรสาธารณะเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่พบคือ ภาคประชาชนมีบทบาทในรูปแบบของอาสาสมัคร ตัววัดการมีสุขภาพดีไม่ใช่เพียงการไม่มีโรคหรือไม่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงปัจจัยทางสังคมอื่นๆ เช่น การมีรายได้ที่เหมาะสม การมีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการ การมีครอบครัวที่ดี เป็นต้น การทำงานของบุคลากรสาธารณะต้องมีความสามารถในการประสานงาน มีการทำงานกับประชาชน โดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วนหรือภาคี (Partnership)

ประกาศกกฎบัตรอtotตาวา (Ottawa charter)
พ.ศ. 2529 จากการประชุมที่กรุงอtotตาวา ประเทศไทย ในประเดิมการส่งเสริมสุขภาพ การเคลื่อนสู่การสาธารณะสุขแนวใหม่ กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง และกำหนดปัจจัยเงื่อนไขการมีสุขภาพดี ประกอบด้วย สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบอนามัย ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมในสังคม โดยมีกลยุทธ์ในการดำเนินการ 5 ประการ คือ 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build health public policy) 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพลธิประสังค์อุบลราชธานี



environment) 3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action) 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills) 5) ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (reorient health services)

การเปลี่ยนมุมมองสุขภาพให้เป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญสำหรับชีวิต มองสุขภาพในเชิงบวกและการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่กระทำกับวิถีชีวิต การส่งเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับมิติทางสังคม และมิติทางนิเวศวิทยา มุ่งที่สุขภาพของประชากรและชุมชน ความซับซ้อนของสุขภาพ จึงต้องการการร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลวิธีการทำงานที่สำคัญ คือ ต้องดำเนินการในประเด็นต่างๆ อายุเจาะจงตามกลุ่มประชากร ตามปัจจัยสุขภาพและตามสภาพที่ดี ทั้งนี้โดยอาศัยกลยุทธ์ ทั้ง 5 การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตด้วยตนเอง เป็นเรื่องที่ยากมาก ต้องหาวิธีการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มและต้องมีการปลูกฝังกับกลุ่มเด็กวัยรุ่น มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะดีเด่น: นโยบายสาธารณสุข พ.ศ. 2531 การประชุมที่กรุงเทพฯ เมืองที่ตั้ง หัวนี้โดยอาศัยกลยุทธ์ ทั้ง 5 การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตด้วยตนเอง เป็นเรื่องที่ยากมาก ต้องหาวิธีการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มและต้องมีการปลูกฝังกับกลุ่มเด็กวัยรุ่น มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

คำประกาศจากวารสาร วารสารสุขภาพเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2534 เรื่องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นการประชุมครั้งที่ 3 ที่เมืองชั้นดีสวาร์ ประเทศสวีเดน เป็นการเพิ่มข้อมูลทางสังคม ฉบับที่ 2 สิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยทางด้านกายภาพ และสังคมที่อยู่รอบตัวเรา ดังนี้ จึงหมายถึงทุกคุณที่

มนุษย์ดำรงอยู่ รวมถึงการเข้าถึงทรัพยากรสำหรับการดำรงชีพและโอกาสในการเสริมสร้างอำนาจ ดังนี้ จึงแบ่งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเป็น 4 มิติ คือ 1) มิติทางสังคม วิถีทางบรรทัดฐานของสังคม ธรรมเนียม ประเพณีและกระบวนการทางสังคม เช่น ลัทธิพันธุภาพ ในสังคมการเมือง ศาสนาและป่าหมายการสร้างค่านิยม 2) มิติทางการเมือง หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกระจายอำนาจและทรัพยากร การยึดมั่นต่อสิทธิมนุษยชน สันติสุข 3) มิติทางเศรษฐกิจ ทบทวนแหล่งประโยชน์สำหรับสุขภาพ มุ่งสู่การพัฒนาแบบยั่งยืน การถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ปลอดภัย 4) การยอมรับศักยภาพของสตรีและให้สตรีมีบทบาทในทุกด้าน

การเปลี่ยนแปลง ขยายมุมมองด้านสิ่งแวดล้อม ที่มากกว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ นั่นคือ การเปิดตัวในสภาวะการทำงาน การมีค่านิยมที่กระจายต่อสุขภาพ การมีความรู้สึกไม่มีหวังในชีวิตจากผลกระทบของสังคม รอบด้าน เหล่านี้มีผลต่อสุขภาพ และจำเป็นต้องมีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในด้านสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุม ผู้เชี่ยวชาญมองว่า เป็นประเด็นที่น่าสนใจและพยายามควรขยายมุมมองในการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเป็นประเด็น (domain) หนึ่งของทฤษฎีทางการพยาบาล การปฏิบัติเพื่อส่งเสริม การมีมุมมองต่อสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถกระทำได้ในบทบาทของพยาบาล เช่น การสร้างความมั่นคงในจิตใจ การมองเห็นคุณค่าของตนเอง การมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นต้น

คำประกาศจากการตัดสินใจ: การส่งเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21 เป็นการประชุมนานาชาติครั้งที่ 4 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย พ.ศ. 2540 เป็นการประชุมเพื่อตรวจสอบบทบาทปัจจัยชี้นำสุขภาพ พบว่า ความยากจนเป็นภัยต่อสุขภาพที่ร้ายแรงที่สุด นอกจากนี้มีปัจจัยทางด้านสังคมอื่นๆ เช่น สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจแก่สตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชน การเปลี่ยนแปลงของประชากร ปัญหาสุขภาพจิต โรคติดเชื้อชนิดใหม่ ผลกระทบจากการค้าเสรี การเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ การถ่ายทอดวัฒนธรรม ค่านิยมทั่วโลก การประชุมครั้งนี้ยืนยันถึงความสำคัญของการส่งเสริม



สุขภาพ และกลยุทธ์ตามกฎหมายต่อต้านยาเส้นลิ้งจำเป็น มีการเสนอประเด็นสำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ 1) ส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ 2) เพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ 3) ผนึกกำลังและขยายภาคีทางสุขภาพ 4) การเพิ่มศักยภาพของชุมชน และเสริมสร้างอำนาจของปัจเจกบุคคล เน้นการส่งเสริมโดยการกระทำร่วมกับประชาชน ในระดับปัจเจก เน้นการเข้าถึงกระบวนการตัดสินใจ ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง 5) สร้างโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลง พบว่า จากการระบุได้ชัดเจน ถึงผลกระทบของสังคม ลิ้งแಡล้อมต่อสุขภาพ การดำเนินการในศตวรรษที่ 21 จึงต้องครอบคลุมทั้งในระดับโครงสร้างการจัดการ และในระดับปัจเจก คือ มีการสร้างโครงสร้าง กลไก เครือข่ายที่มาจากหลากหลายระดับ มาร่วมปฏิบัติเพื่อสุขภาพ การจัดการต้องอยู่บนพื้นฐานความรับผิดชอบสุขภาพสังคม และมีการลงทุนมากขึ้น การเพิ่มศักยภาพในระดับปัจเจก จะเป็นฐานสำคัญของสุขภาพชุมชน และสุขภาพสังคมต่อไป

การประชุมครั้งที่ 5 ที่เมืองชิกโก พ.ศ. 2543 การส่งเสริมสุขภาพเพื่อการลดช่องว่างของความไม่เท่าเทียมเน้นว่า การส่งเสริมสุขภาพต้องทำโดยประชาชนเพื่อประชาชน นั่นคือให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งสำคัญที่ต้องมีเพื่อสุขภาพดีคือความสงบความพอเพียงของเศรษฐกิจ ซึ่งต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและความส่งเสริมให้สตรีมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพด้วยการให้การศึกษา การตัดสินใจ แก้สตรี การดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มีความไวต่อสังคมและกฎหมาย

การเปลี่ยนแปลง คือ การกำหนดนโยบายและการออกแบบที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีการปรับเปลี่ยนหลายประการในการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งนอกจากจะยึดโยงกับกระบวนการทัศน์การส่งเสริมสุขภาพแล้ว ยังเกี่ยวข้องโดยตรงกับการนิยามแนวคิดสุขภาพสรุปได้ว่ากระบวนการทัศน์สุขภาพ ประมาณความเชื่อด้านสุขภาพ ถ้าเชื่อและยึดถือตามองค์กรอนามัยโลก สุขภาพ หมายถึง สุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และถ้าเชื่อและยึดถือตามนิยามของนักทฤษฎี นักคิด นักประชญ ความหมายของสุขภาพจะแปรเปลี่ยนไป ดังนี้

นิตย์ ทัศนิยม³ การส่งเสริมสุขภาพคือการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยสรุปจากการวิเคราะห์ที่มาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่ระบุว่า เป็นแนวคิดภายใต้แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่แท้จริง หมายถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อพิจารณาตามกฎหมายต่อต้านยาเส้นที่ให้ความหมายว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพ กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจมีหลักมุ่งมองต่างกันขึ้นกับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎี เช่น การใช้ทฤษฎี Self efficacy ของ Bandura และบางคนใช้ทฤษฎีประชาธิปไตย

Kickbush⁴ กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดในบรรยายกาศปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิงแวดล้อมที่เป็นกällayana มิติ การส่งเสริมสุขภาพเปลี่ยนจากการมุ่งทารวีด ปัจจัยเสี่ยง เป็นการมุ่งหาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนมีความสามารถและมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสุขภาพของตนเองและชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ ต้องมุ่งเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาวะทั้งของบุคคล ชุมชน ยอมรับว่าสุขภาพ คือ กุญแจสำคัญของคุณภาพชีวิต และสุขภาพเป็นผลผลิตของความร่วมมือระหว่างประชาชน ชุมชน และรัฐบาล

Seedhouse⁵ การส่งเสริมสุขภาพ 3 แนวทาง คือ 1) การใช้แนวคิดด้านสังคมโดยสนใจปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งด้านบวกและลบ การทำงานมุ่งที่ความเท่าเทียมของบริการ และอธิบายการเกิดปัญหาสุขภาพ 2) ใช้แนวคิดด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ มุ่งที่ด้านคลินิกสติ๊ก การเกิดพยาธิสุขภาพ สาเหตุ การดูแลรักษา 3) การใช้แนวคิดด้านมนุษยวิทยา ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นพื้นฐานของความสำเร็จ และมองคนเป็นลิ้งมีชีวิตที่มีความซับซ้อน และได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของโลก ยอมรับความสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ และยอมรับว่าทุกคนมีความสามารถในการพัฒนาตนเองถ้าเข้าใจในวิธีปฏิบัติ

Maben & Clark⁶ เป็นความพยายามในการปรับปรุงสุขภาพของคนหรือชุมชนไม่เพียงแต่การป้องกันโรค การหายจากโรค แต่ยังสนใจปัจจัยบ่งชี้สุขภาพของขอบเขตที่ขยายกว้าง เช่น กฎหมายนโยบาย ดังนั้นต้องเป็นการส่งเสริมสุขภาพโดยการเพิ่มศักยภาพ การสร้างความเป็นธรรม การร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการเข้าไปเปลี่ยนแปลงลิ้งแวดล้อมและสังคม



The American University's National center for Health fitness อ้างใน Kristen⁷ ปรัชญาของการสนับสนุนให้เกิดแบบแผนชีวิตที่สุขภาพดีนั้นไม่ใช่การเคร่งครัดต่อพฤติกรรมด้านร่างกายแต่เป็นลักษณะของการที่สามารถดำเนินอยู่ในสภาวะที่บีบช้อนได้โดยได้เสนอองค์ประกอบของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบผสมผสานว่า สุขภาพสูงสุดจะเกิดถ้าบุคคลมีความรับผิดชอบต่อ การพัฒนาและคงอยู่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และสิ่งแวดล้อมที่เป็นองค์ประกอบของ สุขภาพมีความยืดหยุ่นต่อวัฒนธรรมที่ขาดอยู่

Rootman et al.⁸ ได้เสนอแนะหลักการสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การมีส่วนร่วม (Participatory) และ องค์รวม (Holistic)

Tones อ้างใน Scriven⁹ การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การพัฒนาสุขภาพ (Health development) ไม่ใช่ การสอนสุขศึกษา (Health education) แต่การสอนสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ

ประเวศ วาสี¹⁰ การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดี และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน โดยมี การส่งเสริมสุขภาพใน 4 วง คือ วงในสุด การสร้างคุณค่า (Core value) และจิตสำนึกรักใคร่และจิตสำนึกเสมอ วิญญาณ ซึ่งมีอิทธิพลต่อทุกอย่าง วงที่ 2 การเรียนรู้ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม วงที่ 3 ตำแหน่งที่การปฏิบัติ เกิดขึ้นคือ บุคคล ครอบครัว โรงเรียน และที่ทำงาน วงที่ 4 ระบบสนับสนุนมหาด ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อม มหาด ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สถาบันศาสนา สื่อ ระบบบริการสังคม

อับล จินดาวัฒน์¹¹ การส่งเสริมสุขภาพมี 2 นัยยะ คือ ระดับที่เป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข (health promotion intervention) กับระดับที่เป็น ยุทธศาสตร์ เพื่อการมีสุขภาพดี (health promotion strategy) กระแสการส่งเสริมสุขภาพในไทยเริ่มในช่วงปี พ.ศ. 2541 เนื่องจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ดังนั้นทุกระบบทั้งมีการ ปรับตัว และกระแสแพทย์ทางเลือกได้รับความนิยม มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2544 มีพระราชบัญญัติกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งกำหนดให้เก็บภาษี

เหล้าและบุหรี่เพิ่มขึ้น อีกร้อยละ 2 เพื่อนำมาใช้สนับสนุน การสร้างสุขภาพ ดังนั้นงานด้านการส่งเสริมหรือการ สร้างสุขภาพจึงเติบโตขึ้นอย่างกว้างขวาง และสร้าง กระเเสนิยมใหม่ ให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของ ทุกคน การสร้างเสริมสุขภาพเป็นคำที่มีความหมาย อย่างกว้างขวาง คือ สื่อไปถึงการทำขึ้นใหม่ คือ การสร้าง และการเสริม คือ การทำให้เพิ่มขึ้น ซึ่งทุกคนทุกฝ่าย ร่วมมือกัน และเรียนรู้ร่วมกัน

จัส สุวรรณเวลา¹² การส่งเสริมสุขภาพตาม แนวคิดอายุรเวชโบราณ ไม่ได้แยกระหว่างการเป็นโรค การมีสุขภาพดีกับการมีอายุยืน โดยถือว่าเป็นเรื่องเดียวกัน ด้วยการดำรงชีวิตที่เหมาะสมหรือพอประมาณ เป็น เครื่องมือในการรักษาสุขภาพ ทั้งจิตและกาย การให้ ข้อมูลและการศึกษาสำหรับบุคคลเพื่อให้ใช้ชีวิตและมี พฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาความรู้และ การปรับค่านิยมเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพ

Downie, Tannahill and Tannahill¹³ เป้าหมาย ของการส่งเสริมสุขภาพ คือ ความผาสุก (Well being) และการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 3 มิติ คือ การ สอนสุขศึกษา การป้องกัน และการปกป้องสุขภาพ ซึ่งทั้ง 3 มิติ มีความเกี่ยวเนื่องกัน ให้แนวทาง 7 แนวทางคือ 1) การป้องกัน 2) การสอนเพื่อให้มีแบบแผนการ ดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ 3) การกระทำเพื่อป้องกัน เช่น การเสริมฟลูออริด การจัดหาน้ำสะอาด 4) การออก กฎระเบียบ กฎหมาย 5) การสอนสุขศึกษา 6) การ กำหนดเป็นนโยบาย และ 7) การปกป้อง

Bunton and Macdonald¹⁴ การเสริมสร้างพลัง อำนาจ คือ หลักการสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และ การให้การศึกษาคือจุดสำคัญของการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งการศึกษานี้ไม่ใช่เพียงการให้ข้อมูลแต่เป็นการสอน ให้มีการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น สามารถเชื่อมโยงความรู้ได้

Potter¹⁵ การดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ต้องเป็นการทำงานที่มีหลักฐาน (Evidence) ยืนยัน เช่น เดียวกับการรักษาโรค

The Secretariat ของ World Health Organization Executive broad¹⁶ ได้ขอสรุปการปฏิบัติเพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพในอนาคตต้องมีความไว (Sensitive) ต่อ วัฒนธรรม เพศสภาวะ ความมุ่งความสนใจในเยาวชน ที่ อยู่ในสถาบันและนอกสถาบัน และปัญหาเรื่องหลัก ๆ



ได้แก่ การบริโภคที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดโรคติดต่อโดยเน้นการสร้างความตระหนัก ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ การสนับสนุนลิ่งแวงแล้วล้มที่เอื้อต่อสุขภาพ

Robinson and Carriend¹⁷ เสนอการเปลี่ยนแปลงแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจากแบบเดิมสู่การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Traditional approaches to Holistic approaches) ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม มุ่งที่การดำเนินชีวิตไม่ใช่มุ่งที่โรค จุดเน้นยังอยู่ที่การให้ความหมายต่อชีวิต สัมพันธภาพการทำงาน ระบบสนับสนุน และการไตร่คราวญัถึงปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ การสร้างแรงจูงใจ ไม่ใช่ความกลัวแต่ส่งเสริมความรู้สึกที่ดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย สนุก มีความสุข มุ่งมองต่อคนว่า ทุกคนมีความต้องการที่จะมีสุขภาพดี และต้องการที่จะมีพัฒนาระบบที่ดี บทบาทการทำงานของบุคลากร คือ การเป็นพันธมิตร ในใช้ผู้เชี่ยวชาญและประเมินผลลัพธ์ที่การสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องการเจ็บป่วย พฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพมากกว่าการควบคุมให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กระบวนการทักษะการส่งเสริมสุขภาพกับการศึกษาและการปฏิบัติ

สิ่งที่สำคัญในการปฏิบัติ คือ บุคลากรสาธารณสุข ควรตรวจสอบความเชื่อของตนเองและความเชื่อของกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพว่ามีความเชื่ออย่างไร ตรงกันหรือไม่ จะปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือจะปฏิบัติอย่างไรให้สอดคล้องกับความเชื่อ เรามีความเชื่อเช่นนั้นจริงหรือไม่ จากการศึกษาการให้ความหมายสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งโดยการสัมภาษณ์ จำนวน 15 คน พบว่า นักศึกษาให้ความหมายสุขภาพ 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และประเมินสุขภาพด้วยการไม่เจ็บป่วย ไม่เป็นโรค เป็นโรคแล้วหายเร็ว การมีจิตใจร่าเริง ไม่เครียด และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ตามมาจึงมุ่งที่การปฏิบัติด้านร่างกาย และด้านจิตใจเท่านั้น และถ้าผู้มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพนักศึกษา มองความหมายสุขภาพตามการให้ความหมายขององค์กรอนามัยโลก ควรจะประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ สังคม และอารมณ์ของนักศึกษา และให้การดูแลที่ครอบคลุมใน

ทุกมิติของสุขภาพตามความเชื่อของตน นอกจากนี้กระบวนการทักษะนี้ส่งเสริมสุขภาพยังเกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับนุ่มนวลต่อบุคคล ถ้ามีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นองค์รวม ไม่สามารถแบ่งแยกได้ แต่เป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดำเนินการย่อมคำนึงถึงทุกมิติที่จะได้รับผลกระทบ ยกตัวอย่าง เช่น การจัดโปรแกรมเพื่อลดความอ้วนในนักศึกษาควรทำความเข้าใจถึงการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ เช่น ความเป็นอยู่ การศึกษาเพื่อเรียน การเรียน การบริหารเวลา การลดความเครียด สิ่งยืดเหนี่ยว ตลอดจนการรับรู้สุขภาวะ เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นว่าในการดำเนินการจะต้องมีแนวปฏิบัติที่สามารถตอบสนองต่อมิติต่างๆ เหล่านี้^{18,19}

การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทักษะ ไม่สามารถทำได้โดยการให้ข้อมูลว่า กฎหมายต้องติดตามเป็นอย่างไรเท่านั้น แต่ต้องมีการจัดการศึกษาและการให้ทักษะใหม่ในผู้ปฏิบัติงาน ประดิษฐ์ที่ต้องการนำเสนอ คือ การศึกษาทางการพยาบาล และการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันเป็นอย่างไร ยึดถือกระบวนการทักษะการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎหมายต้องติดตาม แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม และมุ่งมองต่อผู้รับบริการอย่างไร ตลอดจนมีการออกแบบหรือดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างไรบ้าง ถ้าการจัดการศึกษาทางการพยาบาลยังเน้นที่การฝึกปฏิบัติกับหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลในระดับต่างๆ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน หรือมุ่งที่กลุ่มประชากรที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนแล้ว อาจไม่เพียงพอต่อการสร้างแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพในกระบวนการทักษะตามกฎหมายต้องติดตาม เพราะจะทำให้เคยชินกับการมองเฉพาะสุขภาพเพียงแต่การเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ไม่สามารถมองข้ามไปถึงปัจจัยสุขภาพต่างๆ ที่เป็นปัจจัยทางด้านสังคมมากยิ่งขึ้น เช่น ความยากจน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำงาน ความสมดุลในการใช้เวลา การดำเนินชีวิตในสังคม ฯลฯ และการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทักษะเป็นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ดังนั้นในผู้ที่เคยปฏิบัติงานตามความเชื่อเดิมในเรื่องสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีกลยุทธ์ที่ใช้บ่อย เช่น การสอนสุขศึกษา มาสู่การปฏิบัติงานตามกระบวนการทักษะใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพต้องมีทักษะกลวิธ์ และความเชื่อที่เปลี่ยนไป เช่น ความเชื่อในการมีส่วนร่วม และศักยภาพของบุคคล และต้องปฏิบัติตามความเชื่อนั้นอย่างแท้จริง ไม่ใช่มองประชาชนด้อย



ศักยภาพ ไม่รู้เรื่องสุขภาพ จะทำให้การปฏิบัติที่ออกมานี้เป็นการสอนสุขศึกษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือจะเป็นเพียงการให้ข้อมูล และมองว่า ตนคือผู้ที่รู้ข้อมูลดีที่สุดในการจัดการศึกษาทางการพยาบาลผู้สูงอายุควรตรวจสอบความคิด ความเชื่อของตนในเรื่องสุขภาพ

นอกจากนี้แล้ว การดำเนินการจะแคบอยู่เฉพาะ แวดวงของการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ถ้ามองไกลและทำตามความเชื่อในเรื่องปัจจัยสุขภาพที่เปลี่ยนไปสู่ปัจจัยทางสังคม การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจะให้ความสำคัญกับโครงการต่างๆ ที่ส่งเสริมสังคมทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน ในลักษณะต่างๆ มากขึ้น เช่น การดำเนินการในโรงพยาบาล ในหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ในเชิงรุกมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งที่การดำเนินการในทุกระดับ ทั้งระดับนโยบาย ระดับบุคคล และระดับองค์กร ดังนี้ภาพของงานอนามัยโรงพยาบาลจะเปลี่ยนไป ทุกฝ่ายจะถูกกระตุ้นให้เห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญและมีมุมมองว่า การปลูกฝังสุขภาพที่ดี จะสามารถแก้ปัญหาอื่นๆ ได้ทั้งปัญหาการเรียน การศึกษา เช่น การตรวจสุขภาพก่อนเข้ามหาลัย ถึงน้ำหนัก แต่รวมทุกมิติของสุขภาพและนำผลมาเป็นฐานในการออกแบบโปรแกรม กลยุทธ์ในการดำเนินการที่ครอบคลุมทุกมิติ และถ้าเราเชื่อในศักยภาพของบุคคล ในการรับผิดชอบสุขภาพตนเอง ดังเช่น เราเชื่อว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีสามารถรับผิดชอบสุขภาพตนเองได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญคือการทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้เพียงพอในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งองค์ความรู้ที่จำเป็นคือ จะสร้างการเรียนรู้สุขภาพให้เกิดขึ้นได้อย่างไร และขออย่าใช้การเรียนรู้ใหม่ไปเพียงการรับรู้ข้อมูล แต่การเรียนรู้จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงที่พุ่งตรงรุ่มทั้งในระดับความคิดและการแสดงออกเจ้าตัวมีการเรียนรู้เกิดขึ้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์สามารถทำได้ในระดับการจัดการศึกษา โดยต้องให้นักศึกษาของแต่ละฝ่ายที่ไม่ใช่ชุมชนในทุกระดับ และในการเปลี่ยนแปลงในผู้ปฏิบัติงานนั้นจะต้องมีการพัฒนาทักษะ และประสบการณ์ใหม่ๆ ให้สามารถดำเนินการได้ตามกระบวนการทัศน์ใหม่ ซึ่งแนวทางสำคัญในการทำงานยุคใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงบริบทใหม่ ท้าทายสุขภาพอยู่เสมอ องค์กรที่รับผิดชอบสุขภาพต้องเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ จึงจะได้แนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรสุขภาพต้องเป็นผู้ที่เรียนรู้อยู่เสมอ

ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ ทัศน์การส่งเสริมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์เป็นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความจริง ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งมักจะเกิดขึ้น หรือปรับเปลี่ยนเมื่อกระบวนการทัศน์เดิมไม่ตอบสนองต่อ การแก้ไขปัญหา หรือสภาวะนั้นๆ สังคมรับรู้ว่ากระบวนการทัศน์เดิมไม่สามารถให้คำตอบได้ทั้งหมด ทั้งนี้ เพราะบริบทที่เปลี่ยนแปลงด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ เช่น เทคโนโลยี การสื่อสาร ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ การศึกษา การดำเนินชีวิต ปัญหาที่เกิดหรืออาจเกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงไป วิธีคิดแบบเดิม ความเชื่อแบบเดิมไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของเยาวชนไทย นักเรียน นักศึกษาในยุคนี้หลายคนต้องจากครอบครัวมาพำนัชอยู่หอพักกับเพื่อนตามลำพัง โดยมีการดูแลผู้พิการจากผู้ใหญ่ทุกๆ ฝ่าย ขาดโอกาสในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากครอบครัว หรือแม้กระทั่งผู้ที่อยู่กับครอบครัว พ่อ แม่ โอกาสในการเรียนรู้สุขภาพหรือสิ่งต่างๆ ก็ลดน้อยลงได้ การใช้เวลาว่างส่วนมากกับการดูทีวี เล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ หรือมุ่งเรียนพิเศษ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาอยู่ในต้องการการเรียนรู้สุขภาพที่เป็นระบบอย่างเพียงพอ ชัดเจน จึงจะนำไปสู่การเรียนรู้สุขภาพที่ดี นักศึกษาจะสามารถดำเนินการได้ ให้มีสุขภาพดีได้กระบวนการทัศน์ส่งเสริมสุขภาพต้องเปลี่ยนจากการส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข สู่การพัฒนาศักยภาพ บุคคลให้สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และแสวงหาบริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ โดยการดำเนินถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักดิ์ศรีของมนุษย์และสิทธิมนุษยชนอย่างจริงจัง

นอกจากนี้ควรดำเนินถึงนิยามสุขภาพที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดว่าสุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพควรครอบคลุม ตามประเด็นในนิยามตามกฎหมาย

สรุป กระบวนการทัศน์การส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ การให้ความหมายสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์การส่งเสริมสุขภาพต้องเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับของการ



จัดการศึกษาโดยเฉพาะการศึกษาภาคปฏิบัติที่ความมุ่งสู่ชุมชนสุขภาพดีมากขึ้น และในการนำกระบวนการทัศน์สู่การปฏิบัติต้องการการปรับเปลี่ยนทักษะและวิธีคิดร่วมด้วยเสมอ การบททวนและแลกเปลี่ยนการทำงานภายในองค์กรจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ทำให้กระบวนการทัศน์สามารถเป็นจริงในทางปฏิบัติ เชื่อว่าลิ่งที่เสนอในบทความไม่ใช่ลิ่งใหม่ แต่เพื่อเป็นการบททวนเตรียมรับกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอยู่เสมอ การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ในเชิงรุกต้องการการตรวจสอบความเชื่อและการปฏิบัติของตนเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion. [online] 2001 [cited 2001 November 12]. Available from: <http://www.who.dk/aboutWHO/policy/>
2. World Health Organization. The World health report shaping the future. [online] 2003 [cited 2003 February 27]. Available from: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/en/print.html>
3. นิตย์ ทัศนิยม. สรุปผลการประชุมโครงการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 4-6 กันยายน 2543 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
4. Kickbusch I. The contribution of the WHO to a new public health and health promotion. American Journal of Public Health 2003; 93(3): 383-388.
5. Seedhouse D. Health the Foundations for Achievement. UK: John Wiley and Sons Ltd; 2001.
6. Kirsten W. Health promotion: An International phenomenon. Washington D.C: National Center for Health Fitness American University; 2001.
7. Maben J, Maclead CJ. Health promotion: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing 1995; 22: 1158-1165.
8. Rootman L, et al. Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives WHO regional publications European series, No. 92; 2001.
9. Scriven A, Orme J. Health Promotion: Professional perspectives. UK: Palgrave The open university; 2001.
10. ประเวศ วงศ์. บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ ภวังค์ชีวิตและสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักพิมพ์หมochanabhan; 2541.
11. จำพล จินดาวัฒนะ. ส่งเสริม-สร้างเสริมสุขภาพ. วารสารส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม 2546; 26(2): April-June.
12. จัสร์ สุวรรณเวลา. มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซร์; 2543.
13. Downie RS, et al. Health promotion models and values. 2ndedition. New York: Oxford university press; 1996.
14. Bunton R, Macdonald G. Health promotion discipline, diversity and developments. 2ndedtion. USA: Routledge; 2002.
15. Potter I. Looking back, Looking ahead-health promotion: a global challenge. Health Promotion International 1997; 12(4): 173-277.
16. The secretariat World Health Organization. Health Promotion and Healthy Lifestyles. 27 November 2003.
17. Robison J, Carrien K. Reinventing health promotion: Moving from biomedical, risk factor control to holistic health and healing. Wellness Management 1999; 15(1).
18. พิชญ์ลินี มงคลคิริ. ความแตกต่างในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกระหว่างนักศึกษาสาขาวิชาการพยาบาลกับนักศึกษาสาขาวิชานอก ในการเขย่งหัวดอตตรานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(3): 64-72.
19. จุฬาภรณ์ โสตะ, พรพิพิญ คำโพ, ภาณี ฤทธิ์มาก, ณัชชานนท์ เขลาดา. แนวทางการพัฒนาการสอดแทรกการเสริมสร้างสุขภาพในการเรียนการสอน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2):68-75.



การพัฒนาหน่วยสาธิตการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลสกลนคร

Development of dengue hemorrhagic nursing demonstration unit in Sakon Nakhon hospital

Jarvis ทีสุกะ ปพส.* ไพลิน นัดสันเทียะ พย.ม.**
 วนัสนันท์ ไวยังหน้า ปพส.***

ข้อคิดเห็น

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหน่วยสาธิตทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลสกลนคร ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย คุณภาพแพทย์ 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 15 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทำความสะอาด 12 คน ดำเนินการระหว่างปี 2546-2550 โดยการประชุม สนทนากลุ่ม การสังเกต แบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การสนทนาก่อตัวไม่เป็นทางการ การเก็บและการตรวจสอบเวชระเบียน ขั้นตอน การวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการทบทวนสถานการณ์ทางคลินิก และความพร้อมของหน่วยสาธิตในการดูแลผู้ป่วย จากนั้นทีมวิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนพัฒนาหน่วยสาธิตตามองค์ประกอบได้แก่ ระบบการจัดการ ระบบการบันทึก ระบบการดูแลผู้ป่วย และสมรรถนะบุคลากร ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการเป็นขั้นตอนการนำแผนไปปฏิบัติพร้อมทั้งสะท้อนการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงแก้ไข เป็นวงจรการพัฒนาครึ่งที่ 1 และ 2 และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลเป็นขั้นตอนการสรุปผลการพัฒนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ที่มีหลักทฤษฎีวิธีปฏิบัติ มีความมั่นใจในการให้การพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง การใช้กระบวนการพยาบาลไม่ครอบคลุมการใช้ข้อมูลระบุปัญหาและการประเมินผลการพยาบาล อุปกรณ์ที่ไม่พร้อมใช้ ได้แก่ แบบผ้าวัดความดันโลหิตชารุด และไม่มีขนาดสำหรับเด็กเล็ก ทีมวิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันระบุและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมทั้งหาแนวทางแก้ไข รูปแบบหน่วยสาธิตที่ได้จากการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอนการกำหนดและถ่ายทอดนโยบาย การมอบหมายงานทีมการพยาบาล และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาล การทบทวน การดูแลผู้ป่วย การจำแนกประเภทผู้ป่วย การจัดโซนผู้ป่วยให้เดียว จัดการสิ่งแวดล้อมรอบผู้ป่วยปลอดภัยนุ่งลาย การสื่อสารระหว่างทีมอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การทบทวนความรู้เรื่องความพร้อมก่อนดูแลของโรคไข้เลือดออก การทบทวนการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิผลของการวิจัยพบว่าผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีความพึงพอใจ ผู้ใช้บริการพึงพอใจระดับมาก จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงและค่อนข้างคงที่ 3-4 วัน ไม่พบภาวะน้ำเกินจากการรักษา มีการเฝ้าระวัง การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะวิกฤต ระยะพักฟื้นครบถ้วน ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.2 เป็นร้อยละ 95 ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ นโยบายการประกันคุณภาพทางการพยาบาล และการมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนยึดหยุ่นที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพที่ดีในทีมบุคลากร และระบบการจัดการที่ดี โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและหัวหน้าห้องผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานและจัดทำแหล่งประโภชน์ รวมทั้งการทบทวนความรู้และทักษะ กระตุ้นให้เกิดการมุ่งมั่นพัฒนา

คำสำคัญ: หน่วยสาธิตทางการพยาบาล โรคไข้เลือดออก กระบวนการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสกลนคร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) โรงพยาบาลสกลนคร

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร



Abstract

This participatory action research was conducted to develop a nursing demonstration unit for pediatric patients with dengue hemorrhagic fever (DHF) in Sakon Nakhon Hospital. Research participants included five pediatricians, fifteen registered nurses (RNs), and twelve patient assistants and ward workers. Data collection was done from 2003 to 2007 through meetings, focus group discussions, participatory and non-participatory observations, informal conversations, and reviews of medical records. The research was conducted in three phases including situational analysis, project implementation and project evaluation. The situational analysis was carried out to assess current clinical circumstance and the nursing demonstration unit readiness in caring for DHF patients. Then, the researchers and all research participants created a plan to improve the demonstration unit that comprised of the management system, documentation system, patient care system, and personnel competency development unit. The second phase, project implementation, was followed to put the plan into action. Reflections of the outcomes in terms of obstacles to the project implementation and alternatives for project improvement were done in two developmental cycles. Lastly, the summary of a nursing demonstration unit development was done in the evaluation phase. Results revealed that all research participants were experienced in caring for pediatric patients with DHF. The RNs were able to implement a variety of DHF treatment plans ordered by pediatricians and reported a moderate level of confidence in caring for DHF patients. However, the RNs also admitted that their use of nursing process were not quite comprehensive with the underutilization of nursing diagnosis and outcome evaluation. In addition, equipments malfunction and undersupply were discovered such as the damaged sphygmomanometer's cuff and the lack of a cuff for young children. Subsequently, the research team met to set the problem priorities and explore alternatives for solutions. The model of a nursing demonstration unit for pediatric patients with DHF comprised of the followings steps; policy making and enforcement, job assignment of the nursing team and nurse case managers, implementation of the nursing process in caring for pediatric patients with DHF, nursing documentations, review of patient care, patient classification, zoning for patients with DHF, management for a mosquito-free environment, formal and informal communication channels among the healthcare team, and DHF refreshing workshops for health personnel before the epidemic season. The project outcome evaluation reflected that all research participants were highly satisfied with the project implementation. Clients also reported a high level of satisfaction. The average length of hospital stay deceased steadily to 3–4 days. No volume overload was reported during all admissions. All patients were closely monitored during both the critical and recovery phases. The completion of nursing documentations increased from 80.2% to 95%. The project success was due to the nursing quality assurance policy, stakeholders participation, nursing care plan flexibility, good relationship among the healthcare team members, and good management system with the nurse case managers and the head nurse served as unit coordinators, resource locators, motivators and tutors in the updated knowledge and skills related to DHF care.

Keywords: nursing demonstration unit, dengue hemorrhagic fever, nursing process



ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

โรคไข้เลือดออกเป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญประการหนึ่งในวัยเด็กกรุงเทพมหานครและภาคคุ้มโภคและพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดังนี้ โรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ปี 2545 มีอัตราป่วยสูงถึง 174.78 ต่อแสนประชากรและอัตราป่วยตายร้อยละ 0.16¹ จังหวัดสกลนครเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมากถึง 107 ราย ต่อประชากรแสนคน และในปีเดียวกันนี้มีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก 4 ราย (ร้อยละ 2.05 ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก) จากสาเหตุ ภาวะน้ำเงิน มีภาวะเลือดออกมาก ซึ่งเป็นภาวะตืบภายใน ซึ่งการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีเปลี่ยนแปลงของระบบเลือดและระบบไหลเวียนจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี อาการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะไข้เป็นอยู่นาน 3-7 วัน ลักษณะไข้มีอาการไข้สูงอย่างมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส และค่อยๆ มีการลดลงของเม็ดเลือดขาวและเกร็ทเลือด บางรายมีอาการเลือดออกตำแหน่งที่พบบ่อย คือ ผิวนังเยื่อบุจมูก ปาก และกระเพาะอาหาร อาการเลือดออกที่ผิวนังต้องตรวจด้วยการทดสอบธูรนิกเก็ต (tourniquet test) ที่พบได้ตั้งแต่วันที่ 2-3 ของการไข้ ระยะวิกฤต มีระยะเวลา 12-72 ชั่วโมง เป็นระยะที่มีไข้ลดและเม็ดเลือดขาวลดลงน้อยกว่า 5,000 เซลล์ต่อลบ.มม. และเกร็ทเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์ต่อลบ.มม. ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นจากมีการร่วงของพลasma ร่วง ในระยะนี้ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการซึ่งได้หากมีการร่วงมากและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และระยะพักฟื้นเป็นระยะหลังจากผ่านระยะวิกฤตผู้ป่วยปอดภัยหายจากการเจ็บป่วย²⁻⁶ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลต้องมีการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ⁷ โดยที่ทีมการพยาบาลเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมินและเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะต่างๆ ของโรค⁸ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันท่วงที่

ปลอดภัยจากอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดจนดูแลบรรเทาอาการรบกวนและการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและญาติที่มีความกลัว ความกังวลต่ออาการเปลี่ยนแปลงตามระยะของโรค รวมทั้งการจัดการลิ้งแวดล้อมที่ปลอดภัยและการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ⁷ โรงพยาบาลสกลนครให้บริการผู้ป่วยที่รับไว้รักษาโดยเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองสกลนครและรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนครและจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการรุนแรง ซับซ้อน เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนครให้นโยบายการจัดหน่วยสาขิตทางการพยาบาลที่มีองค์ประกอบ คือ ระบบการจัดการ การดูแลที่สำคัญ ระบบการบันทึกและความรู้ทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และ 3 จึงสนใจศึกษาฐานรูปแบบการพัฒนาหน่วยสาขิตทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาฐานรูปแบบการพัฒนาหน่วยสาขิตทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการมีกระบวนการวิจัย 3 ขั้นตอน⁹ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) 2) ปฏิบัติการ (implementation) ร่วมกันวางแผน ทดลองปฏิบัติ และสะท้อนการปฏิบัติ และ 3) ประเมินผล (evaluation) ผู้ร่วมวิจัยได้แก่ กุมารแพทย์ 5 คน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และ 3 จำนวน 15 คน พนักงานทำความสะอาด พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 12 คน และผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และ 3 ระหว่างปี 2546 – ปี 2549 ระยะเวลา 4 ปี

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก และความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ระหว่างเดือนตุลาคม 2545– มกราคม 2546 (ระยะเวลา 3 เดือน) เก็บข้อมูลโดย



การบททวนเวชระเบียนผู้ป่วยบททวนกรณีศึกษาผู้ป่วย เลี้ยงชีวิต และการประชุม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2546-ตุลาคม 2548 (ระยะเวลา 2 ปี 8 เดือน) วิธีเก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มย่อย การสนทนากลุ่ม การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโดยแพทย์และพยาบาลที่มีวิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันกำหนดรูปแบบหน่วยสาธิตที่ต้องการ นำบทเรียนมาสังหันคิด และปรับปรุงแก้ไขลักษณะเป็นกระบวนการการที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างยืดหยุ่น เกิดวงจรการปฏิบัติ 2 ระยะ (รูปที่ 1)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล เดือนตุลาคม 2548-กันยายน 2549 โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การตรวจสอบเวชระเบียน การประเมินความรู้ของพยาบาล การประเมินความพึงพอใจแพทย์ พยาบาลและผู้ใช้บริการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการบททวนเวชระเบียน มี 2 ส่วน
 - 1) แบบบันทึกข้อมูลที่ว่าไปของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 2) แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใน (APIE) ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2544
2. บันทึกการประชุม บันทึกการสังเกต
3. แบบทดสอบความรู้เรื่องไข้เลือดออกสำหรับพยาบาลที่มีวิจัยสร้างขึ้นจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด

4. แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ใช้บริการผู้ป่วยในของสำนักการพยาบาล เป็นคำามีตัวเลือก 5 ระดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลในการวิจัยครั้นนี้มี 2 ประเภท ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพารณ์ เช่น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพในแต่ละขั้นตอนข้อมูลลูกบันทึกในรูปบันทึกภาคสนามนำมารวิเคราะห์ โดยจำแนกประเภทของข้อมูล ตีความข้อมูล และสร้างข้อสรุป

จริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้นนี้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และ 3 โรงพยาบาลสกลนคร ก่อนการรักษาผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในการรักษาและผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในยิ่งยอมรับการรักษา

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก บททวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยและประเมินความพร้อม การเป็นหน่วยสาธิตดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และ 3 โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า หอผู้ป่วยเป็นอาคาร 2 ชั้นติดมุ้งลวดที่หน้าต่างทุกหน้า การสำรวจลูกน้ำยุ่งลายทุกวันศุกร์ไม่พบลูกน้ำยุ่งลายในภาชนะ แต่ยังมีอยู่ในหอผู้ป่วย ดูแลรักษาผู้ป่วยอายุ 1 เดือน - 15 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นโรค 1 ใน 5 อันดับโรคแรก ระยะของโรคที่รับไว้รักษามีทั้งระยะไข้ ระยะวิกฤต และระยะพักฟื้น การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก เช่น อาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง อาการปวดห้อง ปวดศีรษะ กลัวและวิตกกังวลต่อการเจาะเลือด ผลกระทบต่อผู้ป่วยของเด็ก เป็นต้น การบททวนกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่เลี้ยงชีวิตจำนวน 4 รายเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงร่วมมีสาเหตุการเลี้ยงชีวิตเกิดจากภาวะน้ำเงินร้อยละ 74 ร่วมกับภาวะอื่นๆ ได้แก่ เลือดออกภายในที่ประเมินได้ยาก ซึ่งถอนน้ำ และภาวะตับวาย

หอผู้ป่วยมีการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องปั๊มตรวจน้ำโดยตัววิต (Hematocrit: Hct) เพื่อใช้ตรวจความเข้มข้นของเลือด สารน้ำชนิดต่างๆ อุปกรณ์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แต้มวัดความดันโลหิตแบบวัดด้วยมือ มีแอบผ้าพัน (cuff) 3 ขนาด คือ สำหรับเด็กเล็ก เด็กโต เด็กวัยรุ่นพบว่าไม่มี cuff สำหรับเด็กเล็ก และ cuff ชำรุดไม่สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเมื่อใช้ทดสอบทูนิเก็ต (tourniquet test) protothrombinไม่คงที่ไม่มีอุปกรณ์กำจัดดูยุ

บุคลากรพยาบาลประจำด้วยพยาบาลวิชาชีพ 9 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) 1 คน พยาบาลเทคนิค 6 คน ทุกคนมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและประชุมวิชาการเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก แต่มีทักษะในการประเมินและตัดสินใจทางคลินิกแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การดูแลผู้ป่วยโดยใช้



กระบวนการพยาบาลแต่ไม่ครอบคลุมด้านการนำข้อมูลวิเคราะห์วางแผนการดูแลผู้ป่วย และมีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยน้อยเพียงร้อยละ 5 ทั้งในระยะแรกรับและให้การดูแลต่อเนื่องขณะอยู่โรงพยาบาล

การมอบหมายงานเพื่อดูแลผู้ป่วยเป็นแบบสมมติฐานการทำงานตามหน้าที่และการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยมีหัวหน้าทีม และสมาชิกทีม แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีหลายกลุ่มโรคทำให้การดูแลผู้ป่วยเน้นการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินด้านร่างกาย การจำแนกประเภทแบ่งตามความรุนแรงของอาการทางพยาธิสรีระ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่อาการอยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลงตามระยะของโรคไม่มีอาการซึ่งออกฤทธิ์เลี้ยงได้ง่าย

การที่ทีมวิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย เป็นการสร้างความตระหนักรถึงปัญหาในระบบการดูแลผู้ป่วยและต้องการปรับปรุงและพัฒนาให้เป็นหน่วยสาธิคการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

ขั้นตอนที่ 2 ทีมวิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยเลือกให้ความสำคัญกระบวนการดูแลผู้ป่วย การมอบหมายงาน และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล

วัจกรการพัฒนาหน่วยสาธิครั้งที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2546-พฤษภาคม 2547 (ระยะเวลา 1 ปี 3 เดือน) ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case management) โดยมอบหมายให้ APN หน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case management: NCM) เพื่อประสานการดูแล (coordinator of care) กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยสาธิทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก (ตารางที่ 1)

ทีมวิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันปรับปรุงแนวทางปฏิบัติดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกจากหนังสือคู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกของกระทรวงสาธารณสุขฉบับปี 2542 เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสกอลนคร ได้แก่ การกำหนดเกณฑ์รายงานแพทย์ เช่น กรณีผู้ป่วยรายที่มีความรุนแรงหรือซับซ้อน การรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ พยาบาลประจำเวรนอกเวลาสามารถ

รายงานกุญแจแพทย์ 2nd call ได้ทันที พยาบาลตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ทุกครั้ง ทบทวนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกราย

พัฒนาสมรรถนะพยาบาลเกี่ยวกับการคำนวณสารน้ำที่ผู้ป่วยควรได้รับตามน้ำหนัก การคำนวณน้ำหนักในอุดมคติ (ideal body weight) ตามอายุ

กำหนดตัวชี้วัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ได้แก่ อัตราตาย ภาวะน้ำเกินจากการรักษา และจำนวนวันนอน ด้านการพยาบาลไข้เลือดออกได้แก่ การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะวิกฤต ระยะฟื้นตัว ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การรายงานแพทย์ตามเกณฑ์

จัดประชุมวิชาการประจำปี และ ทำ case conference แก่แพทย์ใช้ชั้นุนและทีมการพยาบาล

การจัดหอผู้ป่วยให้เอื้อความสะดวกในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ 1) ติดแผนภูมิแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกติดที่บอร์ดบริเวณห้องทำงานพยาบาล ชั้นแพทย์ และพยาบาลมองเห็นได้ง่าย มาดูเมื่อสองสัปดาห์หรือไม่เข้าใจขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2) จัดพื้นที่รับผู้ป่วยไข้เลือดออกโดยจัดให้ผู้ป่วยระยะวิกฤติให้หอยู่เตียงใกล้เคียงเตอร์ทำงานพยาบาล และใช้สัญลักษณ์องค์ 5 สี ตามประเภทผู้ป่วย ติดไว้ที่เตียงผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์พยาบาลทราบจำนวนผู้ป่วยและระยะของโรคไข้เลือดออก

ปรับปรุงระบบการบันทึก ได้แก่ แบบบันทึกทางการพยาบาล แบบตรวจส่องรายการข้อมูลผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล ที่กำหนดให้ จัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ง่ายต่อการรวบรวมข้อมูล

การให้ข้อมูลผู้ป่วยมีกิจกรรมการให้สุขศึกษาผู้ป่วย เป็นรายบุคคล และรายกลุ่มโดยใช้สื่อการสอนที่ผลิตโดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาชนี กระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนานิวงจรที่ 1 ในปี 2547 ในมีผู้ป่วยเลี้ยงชีวิต จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ยลดลงเป็น 3.5 วัน จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันผู้ร่วมวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาในระยะไข้ส่วนหนึ่งเกิดจากญาติมีความกังวลต่อการดูแลในระยะไข้ เดิมพยาบาลบรรยายให้เข้าใจซึ่งไม่สะดวกต่อการปฏิบัติ การบันทึกทางการพยาบาลแบบตรวจส่องรายการไม่สะท้อนสภาพการดูแลผู้ป่วย จึงบททวนปัญหา โดยการประชุม



วันที่ 2 ตุลาคม 2547-กันยายน 2548 (ระยะเวลา 1 ปี) การพัฒนาในวงจรที่ 1 ทำให้ผู้ร่วมวิจัยคุณเคยกับการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากขึ้นเมื่อได้สะท้อนคิดและการรวมปัญหาเจ้มีการพัฒนาต่อเนื่อง ในวงจรที่ 2 ดังนี้

1) การดูแลผู้ป่วยที่มีไข้ มีการสืบค้นและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล ได้แก่ การเช็คตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีไข้

2) ร่วมกับ PCT กุมารเวชกรรม การพัฒนา care map ซึ่งเนื้อหาพัฒนาจากหนังสือคู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกของกระทรวงสาธารณสุขฉบับปรับปรุงปี 2546

3) พัฒนาแบบบันทึกสัญญาณชีพ อាឈารเปลี่ยนแปลง และบันทึกการเข้าออกของสารน้ำ (I/O) ไว้ในแผ่นเดียวกันเพื่อลดการซ้ำซ้อนในการบันทึกและเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน และแบบบันทึกการพยาบาลใช้การเขียนบรรยาย แต่มีแบบบันทึกแผนการพยาบาล (nursing care plan) เป็นแบบตรวจสอบรายการ

4) การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระยะของไข้เลือดออก ดังนี้

4.1) ผู้ป่วยประเภท 2b ได้แก่ ผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะไข้ ได้แก่ ผู้ป่วยระยะไข้ $T = 38.4-40^{\circ}\text{C}$, ผล CBC: WBC < 10,000, Plt. > 100,000 และ TT +

4.2) ผู้ป่วยหนักประเภท 3b ได้แก่ ผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะวิกฤติยังไม่ซอก CBC: WBC < 5,000, Plt. < 100,000, Hct. rising 10 - 20 %, PP > 20mmHg

4.3) ผู้ป่วยประเภทหนักมากหรือวิกฤติประเภท 4a ได้แก่ ผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะวิกฤติเสี่ยงที่จะซอกหรือมีภาวะซ็อก ผล CBC: WBC < 5,000, Plt. < 100,000 Hct. rising > 20, BP ต่ำ หรือ PP < 20mmHg ร่วมกับชีพจรเร็วกว่าค่าปกติ และร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยนอก เพื่อจัดตั้ง Dengue corner ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในวันที่ 14 มิถุนายน 2547

5) พัฒนาคู่มือสอนสุขศึกษา จัดทำແຜ่นพัพการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับผู้ป่วยและผู้ปกครองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้คำปรึกษาและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเป็นรายบุคคลทุกราย

6) ปรับแผนภูมิการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกบริเวณเตอร์ทำงานพยาบาลให้มีขนาดใหญ่ลงเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น

7) ปรับปรุงการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยด้วยระบบคอมพิวเตอร์

8) มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ได้แก่ งานระบาดวิทยาประสานความร่วมมือเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับชุมชน ห้องฉุกเฉิน และห้องตรวจผู้ป่วยนอกทบทวนการจัดตั้งศูนย์การรักษาไข้เลือดออก (Dengue corner) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะไข้ที่ห้องฉุกเฉินลดการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น การให้คำปรึกษาแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทางโทรศัพท์โดยศูนย์ Hot line ไข้เลือดออก

9) จัดประชุมวิชาการประจำปี และ case conference

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล พ.ศ. ตุลาคม 2548-กันยายน 2550 การดำเนินกิจกรรมของหน่วยสาธิตทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย (ตารางที่ 2)

ทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และ 3 ได้ประกันคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโดยมีตัวชี้วัดได้แก่ อัตราตาย และภาวะน้ำเกินจากการดูแลรักษา และเสนอผลการดำเนินงานหน่วยสาธิตทางการพยาบาลต่อผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อประกาศรับรองการประกันคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมมีการสนับสนุนให้มีการบทบาทการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและสนับสนุนให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

การพัฒนาหน่วยสาธิตทางการพยาบาลตามองค์ประกอบสำคัญ คือ ระบบการจัดการ การดูแลที่สำคัญ ระบบการบันทึก และทักษะความรู้ที่จำเป็น การพัฒนาครั้นนี้มีปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือการประกาศนโยบายที่ชัดเจนและมีการสนับสนุนให้กำลังใจจากผู้บริหารและการใช้ระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีช่วยให้มีการประสานการดูแลผู้ป่วยที่ดี การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีความคล่องตัว^{10,11,12,13}

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีตลอดปีแต่จะมีการระบาดส่วนใหญ่ระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนกันยายน



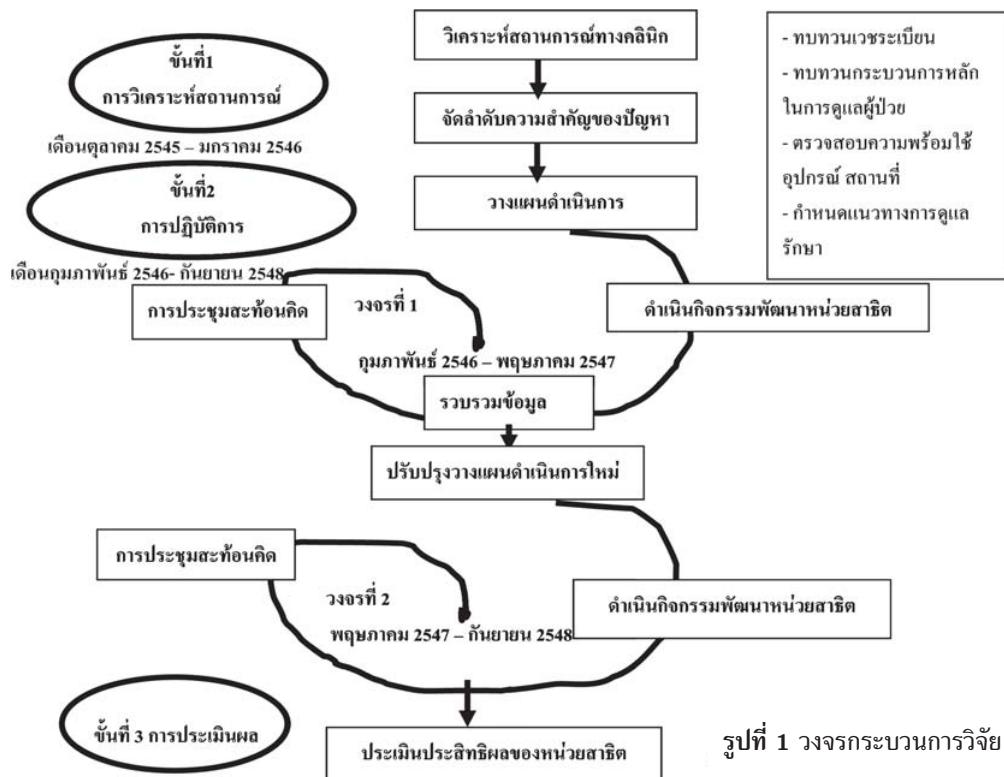
ของทุกปี ส่วนเดือนอื่นๆ มีประราย ทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีการพื้นฟูทางวิชาการ การสนับสนุนด้านองค์ความรู้ การบทวนการดูแลผู้ป่วย และการส่งเสริมให้แพทย์และพยาบาลร่วมกันทำงานเป็นทีม เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมาก¹⁴ เนื่องจากไข้เลือดออกอย่างมีการระบาดในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องทุกปี การทำงานเกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพการรักษาป้องกันไข้เลือดออก จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพอันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากอันตรายของโรคและลดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

- 1) ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำแนวคิดหน่วยสาธิตทางการพยาบาลไปขยายผลในทุกห้องผู้ป่วย
- 2) หัวหน้าห้องผู้ป่วยควรมีการจัดบริการพยาบาลโดยใช้แนวคิดหน่วยสาธิตทางการพยาบาลซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
- 3) ควรมีการศึกษาหน่วยสาธิตทางการพยาบาลโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบบดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2530– 2550. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
2. ศิริเพ็ญ กลยานรุจ. บทเรียนจากข้อผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก. Thai pediatric Journal 2004; 1: 212–214.
3. ศิริเพ็ญ กลยานรุจ, สุจitra นิมามนิตย์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่ 1 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2546.
4. ศิริเพ็ญ กลยานรุจ. เคล็ด (ไม่) ลับไข้เลือดออก: DHF state of the arts in case management. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2549.
5. ศิริเพ็ญ กลยานรุจ. ขอดเกร็ดไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2547.
6. ศิริเพ็ญ กลยานรุจ. ไข้เลือดออก การดูแลและรักษา: สาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: บริษัทดีไซร์จำกัด; 2541.
7. วรรณา วัชรเลวี. แนวทางการดูแลผู้ป่วย. Thai Pediatric Journal 2004; 11:215–216.
8. รศนา วีรัตนาภา. การรายงานแพทย์ DHF: early detective outcome notification makes good. Thai pediatric Journal 2004; 11: 217–218.
9. ศิริพร จิรวัฒนกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริกันท์ ออฟเซ็ท; 2548.
10. รัชนี ศุจิจันทรัตน์. ผู้จัดการการดูแล : บทบาทขยายของพยาบาล. ในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัศดริเวศษ (บรรณาธิการ). การจัดการทางการพยาบาล กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ. (หน้า 19–37). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิยมวิทยา; 2545.
11. นวลจันทร์ พูลสมบัติ, ประนอม วรรณกุล. การพัฒนาระบบการวางแผนจ้างหน่ายและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลสิ่งแวดล้อม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 58–67.
12. วรรณชนก จันพชุม, บุญทิพย์ นิมະสาด, วรรณภา นิวาสวัต. การวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติบทบาททางการบริหารของหัวหน้าห้องฉุกเฉินพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4):23–31.
13. ยุวรีย์ ศรีสว่างวงศ์, พัชรริดา เคณากุมิ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจ้างหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกรังไข่ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพแผนกสุติ–นรีเวชกรรมโรงพยาบาลหนองคาย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 47–57.
14. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทดีไซร์จำกัด; 2543.



ตารางที่ 1 บทบาทหน้าที่สมาชิกทีมในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และ 3

หัวหน้าหอผู้ป่วย	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี	ทีมพยาบาล	พนักงานผู้ช่วยเหลือและ พนักงานท้าความสะอาด
<ol style="list-style-type: none"> ประสานความร่วมมือ ระหว่างผู้บริหารทางการพยาบาลและทีมการพยาบาล เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง กำหนดแผนการพัฒนาหน่วยสาธิตและนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนด้านการจัดทำอุปกรณ์ให้เพียงพอพร้อมใช้ ให้กำลังใจทีมระหว่างการพัฒนา ติดตามประเมินผลการพัฒนา 	<ol style="list-style-type: none"> เป็นพี่เลี้ยง(Mentor)สนับสนุนด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยและแหล่งประโยชน์ด้านองค์ความรู้ เช่น การศึกษาข้อมูล การจัดประชุมวิชาการ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ชั่วคราว สังเกตการณ์การปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลง ผลกระทบ การเปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูล ย้อนกลับ ให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย ทั้งระยะพัฒนาและหลังพัฒนา รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด 	<ol style="list-style-type: none"> ปรับการดูแลผู้ป่วยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทบทวนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ร่วมกับทีม PCT พัฒนาความรู้และทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ทั้ง 3 ระยะ อย่างเป็นองค์รวม เหมาะสม ตามพัฒนาการและหลังพัฒนา 	<ol style="list-style-type: none"> ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สำรวจลูกน้ำยุงลาย ในภาคตากลาง ต่างๆ ทุกวันศุกร์



ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ปี 2546-ปี 2550

ข้อมูล	ร้อยละ				
	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550
	N=149	N=195	N= 132	N= 125	N= 218
เพศ ชาย หญิง	50.3 49.7	48.2 51.8	53.0 47.0	52.0 48.0	49.2 50.8
รับจากโรงพยาบาลชุมชน(รพช.)	30.2	22.7	43.9	50.4	29.8
อายุ 1 เดือน- 5ปี > 5 ปี-10 ปี > 10 ปี-15 ปี	9.4 45.6 45.0	1.0 57.3 41.7	6.8 43.9 49.3	4.0 40.0 56.0	5.0 53.2 41.8
การเสียชีวิต	0.0	0.5	0.0	0.8	0.0
ภาวะน้ำเกิน	7.4	5.1	1.5	4.8	0.9
ภาวะน้ำเกินผู้ป่วยที่ส่งต่อจากรพช.	24.4	22.7	3.4	9.5	3
วันนอนเฉลี่ย (วัน)	3.5	3.4	3.07	2.98	2.9
การรายงานแพทย์เมื่อมีข้อบ่งชี้	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะไข้ลัง	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะซ็อก	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะพักฟื้น	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
CI (ร้อยละของภาชนะที่พบบุณลาย)	0	0	0	0	0
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทางการพยาบาล	85.0	90.0	92.0	95.0	95.0

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ตามเกณฑ์ ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทางการพยาบาล มากกว่าร้อยละ 90 ภาวะน้ำเกินเป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนไม่มีรายงานการเสียชีวิต



การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ขณะอยู่โรงพยาบาล*

Family Care Management of Persons with Terminally Ill Cancer in Hospital

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ ปร.ด.**
วรรณภา ศรีอัญชลิน พ.D***

บทคิดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยและ/หรือผู้ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่ที่โรงพยาบาล โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับติดภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 10 ครอบครัว วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาประสบการณ์การจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลของครอบครัวประกอบด้วย การจัดการดูแลในระยะที่รับรู้ว่า 1) อาจมีหวัง 2) หมดหวัง และ 3) ใกล้ตาย โดย 1) การจัดการดูแลเมื่อรับรู้ว่าอาจมีหวัง เป็นการจัดการเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ที่เจ็บป่วยสามารถต่อสู้กับภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเพื่อให้มีอาการดีขึ้น วิธีการที่ครอบครัวใช้ในการจัดการ ประกอบด้วย การแสวงหาข้อมูลภาวะเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ฝ่าดูแลให้รักษา และดูแลใจให้สหาย 2) การจัดการดูแลเมื่อรับรู้ว่าหมดหวัง เป็นการจัดการเพื่อยกับความจริง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยสามารถเผชิญและยอมรับกับภาวะใกล้ตาย วิธีการที่ครอบครัวใช้ในการจัดการประกอบด้วย แสวงหาข้อมูลการจัดการอาการและการเตรียมการตาย ฝ่าดูแลด้วยใจดจ่อ แสวงหาการให้คำปรึกษา เตรียมการตาย และตัดสินใจเกี่ยวกับการตาย 3) การจัดการดูแลเมื่อรับรู้ว่าใกล้ตาย การจัดการดูแลของครอบครัวในระยะนี้เป็นการจัดการเพื่อให้ตายอย่างหมดท่วง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้มีการตายอย่างสงบ การจัดการดูแลของครอบครัว ประกอบด้วย การแสวงหาข้อมูลการใกล้สิ้นชีวิต–การจัดการก่อนตาย–หลังการตาย และแนวทางการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ และฝ่าดูใจ

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ ได้ให้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการดูแลภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของครอบครัว และความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งนำสู่ขอเสนอแนะของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับครอบครัวที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลของครอบครัวให้สามารถจัดการดูแล เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลในแต่ละระยะที่แตกต่างกันตามการรับรู้ในวิถีของภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย

คำสำคัญ: การจัดการดูแล ครอบครัว มะเร็งระยะสุดท้าย การอยู่รักษาในโรงพยาบาล

* การศึกษานี้เป็นการศึกษาส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

This qualitative research aimed to explore family care management of terminally ill cancer persons in a hospital. The informants of this study were family members who took role of care management for ill persons and/or who took care of ill family members at hospital. The informants included 10 families of the terminally ill cancer persons. This study was conducted in a tertiary care hospital, in the Northeast of Thailand. Data were collected through in-dept interviews and natural interviews. Content analysis was used to analyze the data.

The results revealed family care management of terminally ill cancer persons while admitted at the hospital. Families' perceptions of the illness were divided into three phases: 1) still hoping, 2) being hopelessness, and 3) approaching death. The family care management in the first phase, still hoping, was to help the terminally ill person overcoming the complications from remedy and improve the symptoms. The care management exercised by family members in this phase included searching for information about illness and cares, closely caring against side effects of treatment, and caring for psychological well-being.

The care management by family members in the second phase, being hopelessness, focused on helping the terminally ill persons to face and to accept the impending death. Care management used by family members encompassed seeking information on symptom management and death preparation, paying close attention, seeking for available consultation, preparing for passing away, and deciding on choices for death.

The final phase is the stage of approaching death. The highlight of this phase was to assist the person to die peacefully. The care management adopted by family members incorporated seeking information on dying management of dying and after death management, seeking support from health care professionals, and watching the last breath.

The findings of this study provide primary understanding on the family care management with terminal cancer illness experiences. Furthermore, the results also indicate the families' needs in providing care in hospital for family members with a terminal cancer person. This knowledge suggests the development of palliative care responding the needs and problems from families caring for these people throughout the terminal cancer trajectory in order to promote family care management. Eventually, their goals of care can be met throughout various phases of terminal illness.

Keywords: care management, family, terminal cancer, hospitalization

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยตั้งแต่ระดับแรกจนถึงระยะสุดท้ายของภาวะเจ็บป่วย¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย เจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ตัดสินใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ตอบสนองต่อ

ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นภายใต้ครอบครัว และจัดการกับารมณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล^{1,2} ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาที่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีความยากลำบากในการให้การดูแลแก่ผู้ที่เจ็บป่วยเป็นอย่างยิ่ง^{3,4}

หลายการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า สมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ได้รับผลกระทบทั้งด้านจิตสังคมและด้านร่างกายจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคระยะเร็งระยะสุดท้าย มีการรายงานถึงความหลอกหลอนของอาการทางด้านจิตใจที่



สมาชิกครอบครัวต้องประสบ ประกอบด้วย ความรู้สึก วิตกกังวล คับข้องใจ สิ้นหวัง และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยได้ และอาจมีความซึมเศร้ามากขึ้น รวมทั้งความเครียดและความวิตกกังวลในด้านอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกยากลำบากในการได้รับข้อมูลหรือค่าตอบที่ชัดเจนจากบุคลากรที่มีสุขภาพ ความยากลำบากในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ การไม่ได้รับความเคารพ และยอมรับจากบุคลากรที่มีสุขภาพ ความลำบากในการติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลที่เจ็บป่วยและสมาชิกครอบครัว^{1,5,6,7,8,9} ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านความรู้และการสนับสนุนจากบุคลากรที่มีสุขภาพ^{1,10}

การศึกษาที่ผ่านมาช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์และความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแล อย่างไรก็ตาม หลายการศึกษาเป็นการศึกษาสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในบริบทของวัฒนธรรมตะวันตก ในการศึกษาของ Murray et al.¹¹ ซึ่งให้เห็นว่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการที่อยู่ในวัฒนธรรมและแหล่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต่างกัน การแสดงออกถึงความต้องการและวิธีการที่บุคคลเหล่านั้นได้รับการตอบสนองย่อมมีความแตกต่างด้วยเช่นกัน

จากการบทงานงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่ผ่านมาของประเทศไทยส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาล¹² ข้อความรู้ที่ได้จึงเป็นมุ่งมองของบุคลากรที่มีสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการส่วนการศึกษาที่สะท้อนมุ่งมองของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายขณะอยู่ในโรงพยาบาลมีน้อย มีเพียงการศึกษาของ จินตนา ตั้งวงศ์ชัย¹³ ที่ได้ทำการศึกษาวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาล เม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม พบว่ายังไม่มีรายงานการศึกษาในบริบทของคนไทยถึง ข้อความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ที่เป็นมุ่งมองของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่อยู่ในัยไปใหญ่และวัยสูงอายุ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลว่า ครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมีความยากลำบากในการจัดการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยอย่างไร และมีความต้องการในการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้ให้การดูแลอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาประสบการณ์การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคะเริงระยะสุดท้ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น การศึกษาได้ดำเนินการที่หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับตertiary แห่งหนึ่งที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การคัดเลือกสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคะเริงระยะสุดท้ายเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลมีเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกครอบครัวที่เป็นคู่สมรส บุตร-หลาน หรือญาติ-พี่น้อง 2) เป็นสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคะเริงระยะสุดท้ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล และ/หรือผู้ที่มีบทบาทในการจัดการและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคะเริงระยะสุดท้ายอยู่ในโรงพยาบาล และ 3) สมาชิกครอบครัวได้รับรู้จากแพทย์ว่าภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาได้ ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรของหอผู้ป่วยได้รับทราบจากนั้นได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย พร้อมทั้งแนะนำตัว และทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาให้ สมาชิกครอบครัวได้รับทราบ เมื่อสมาชิกครอบครัวยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา จึงทำการนัดหมายเพื่อขอสัมภาษณ์ในเวลาที่สมาชิกครอบครัวสะดวก

ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกครอบครัวเขียนใบอนุญาตในการเข้าร่วมศึกษาหรือให้ความยินยอมด้วยวาจา พร้อมทั้งขออนุญาตในการบันทึกเสียงเพื่อนำมาถอดเทป การสัมภาษณ์ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยขอให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ตั้งแต่ครอบครัว รับรู้ว่าภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคะเริงอยู่ในระยะสุดท้ายโดยคำรามได้มีการปรับให้เหมาะสมตามสถานการณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 60-90 นาที ในบริเวณที่เงียบสงบภายในหอผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (ประมาณคราวละ 2-4 ครั้ง) เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมตามที่ต้องการ จนกระทั่งผู้ที่เป็นโรคะเริงระยะสุดท้าย



จำนวนน่ายอกจากโรงพยาบาล หรือเลี้ยงชีวิต และมีการติดตามสัมภาษณ์สมาชิกรอบครัวที่บ้านหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์อีกอย่างน้อย 1 ครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกรอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 10 คนรอบครัว โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 คน (ผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุดขณะอยู่ในโรงพยาบาล) และผู้ที่มีบทบาทในการจัดการและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล) และผู้ให้ข้อมูลรอง (สมาชิกรอบครัวคนอื่นๆ) จำนวน 10 คน สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นหญิง 8 คน ชาย 2 คน อายุอยู่ระหว่าง 24-61 ปี (ค่าเฉลี่ย 43.4 ปี) สมาชิกรอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งในฐานะบุตรสาวจำนวน 5 คน และเป็นมารดา พี่สาว สามีภรรยา บุตรชาย อายุกลาง 1 คน ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับปริญญาชั้นนำจำนวน 7 คน และอีก 3 คน จะระดับบัณฑิตศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 5 คน รับจ้าง 3 คน และเป็นแม่บ้าน 1 คน ระยะเวลาที่ผู้ที่เป็นมะเร็งอยู่รักษาในโรงพยาบาล 11-87 วัน (ค่าเฉลี่ย 30.1 วัน)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีการให้รหัสข้อมูล (Codes) การจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) และการวิเคราะห์กลุ่มโน้ตทัน (Themes) ที่ได้จากการศึกษา

ผลการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลของครอบครัวประกอบด้วย การจัดการดูแลใน 3 ระยะ คือ เมื่อรับรู้ว่า 1) อาจมีหวัง 2) หมดหวัง และ 3) ใกล้ตาย ดังนี้

1. การจัดการดูแลเมื่อรับรู้ว่าอาจมีหวัง การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย เป็นการรับรู้จากแพทย์ โดยครอบครัวได้รับรู้ว่าโรคของผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย คือ โรคมีการลุกຄามไปหลอยที่ การรักษาด้วยการฉายรังสีเป็นการรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการของผู้ที่เจ็บป่วย หรือเพื่อช่วยยืดระยะเวลาของผู้ที่เจ็บป่วยเท่านั้น ถึงแม้จะรับรู้ว่าโรคของผู้ที่เจ็บป่วยรักษาไม่หาย แต่ครอบครัวก็ยังมีความหวังว่า การรักษาอาจทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยหาย หรืออาการดีขึ้น และช่วยยืดระยะเวลาของผู้ที่เจ็บป่วย

ไปได้อีกสักระยะ โดยระดับของความหวังจะมีความแตกต่างกันไปดังแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมาก การจัดการดูแลในระยะนี้จึงเป็น “การจัดการเพื่อสู้รักษา” ซึ่งเป็นการดำเนินการเพื่อให้ร่างกายและจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยพร้อมเผชิญและต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยมีอาการดีขึ้น บรรเทาจากอาการทุกข์ทรมานที่ประสบอยู่ โดยมีการจัดการที่สำคัญดังนี้

1.1 สำรวจหาข้อมูลภาวะเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เป็นการสำรวจหาข้อมูลที่ครอบครัวมีความต้องการที่จะทราบทั้งรู้ว่าภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เจ็บป่วยไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายข้อมูลที่ครอบครัวต้องการได้แก่ ความก้าวหน้าของผลการรักษา ระยะเวลาการเมียชีวิต คำอธิบายเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เจ็บป่วย คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลและการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้บางคนยังต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลต้านจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายด้วย โดยครอบครัวจะมีการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรที่มีสุขภาพเป็นระยะๆ แหล่งข้อมูลสำคัญที่สมาชิกรอบครัวมีการสำรวจ คือ การสอบถามจากบุคลากรที่มีสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งสมาชิกรอบครัวบางส่วนจะหันมา ข้อมูลในส่วนของ การพยากรณ์ระยะเวลาการเมียชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยที่ครอบครัวต้องการจะรู้ แพทย์บางคนยังไม่อนาจให้คำตอบได้ชัดเจน “มองก็รู้ไม่หาย แต่จะอยู่ไปกี่เดือน ตายวันไหน มองก็บอกไม่ได้” สำหรับการสื่อสารกับแพทย์เพื่อสอบถามข้อมูล สมาชิกรอบครัวบางคนเล่าว่า ยังไม่ค่อยกล้าซักถามข้อมูลจากแพทย์เนื่องด้วยรู้สึกเกรงใจ

ในส่วนข้อมูลที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย สมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่มักสอบถามจากพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าสามารถช่วยให้ตนเองมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกรอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยมาก่อน นอกจากนี้หากสมาชิกรอบครัวมีข้อสงสัยใดๆ ที่รับฟังจากแพทย์แล้วไม่ชัดเจนต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม สมาชิกรอบครัวส่วนใหญ่จะใช้วิธีสอบถามจากพยาบาลเพิ่มเติม นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีการหาข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแลคนอื่นๆ ในหอผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยและได้รับ



การจายรังสีในบริเวณที่คล้ายกัน และมีการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารที่เป็นแผ่นพับหนังสือ รวมถึงบอร์ดที่จัดให้ความรู้ ซึ่งผู้ดูแลคิดว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาก แต่ยังมีค่อนข้างน้อยต้องการให้มีการจัดบริการเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง การรักษาและการดูแล เพื่อศึกษาเพิ่มเติมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

1.2 เฝ้าดูแลให้สุรักษา เป็นการดูแลที่สามารถครอบครัวผู้ที่ได้ทำการช่วยเหลือดูแล อาการที่ไม่สุขสบายของผู้ที่เจ็บป่วย การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการดูแลตามความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย เพื่อมุ่งหวังให้สภาพร่างกายของผู้ที่เจ็บป่วยมีความพร้อมและสามารถต่อสู้กับโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา อาการที่ผู้ที่เจ็บป่วยประสนในระยะนี้ มีทั้งอาการที่เกิดขึ้นจากการจายรังสี อาการที่พนบอย ได้แก่ เหนื่อยล้า เปื้องอาหาร ปวดทวยใจเมื่ออม-หายใจหนัก ไอ คลื่นไส้อาเจียน เยื่อบุช่องปาก อักเสบ ห้องผูก ท้องเสีย มีไข้ และนอนไม่หลับโดยผู้เจ็บป่วยแต่ละคนมักมีอาการมากกว่าหนึ่งอาการ

สภาพของผู้ที่เจ็บป่วยในระยะนี้มีทั้งที่พอด้วยเหลือตัวเองได้บางและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแลเจ้มีทั้งการทำให้ การสนับสนุนให้ทำเอง และการชี้แนะ การดูแลที่ครอบครัวให้ความสำคัญในช่วงระยะเวลาหนึ่ง คือ การส่งเสริมรับประทานอาหารและการพักผ่อน ซึ่งครอบครัวคิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายของผู้ที่เจ็บป่วยมีแรงต่อสู้กับโรคและการรักษา ครอบครัวจะพยายามสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ที่เจ็บป่วยรับประทานอาหาร “เราต้องพูดทุกครั้งเลย บอกให้กิน ถ้าไม่กินจะตายແສไม่ได้ เราเก็บพูดอย่างนี้แก่กัน” และค่อยดูแลปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่จะช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยสามารถรับประทานได้ พร้อมกันนี้ผู้ดูแลก็ให้ความสำคัญกับการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยไม่ทำการบากผู้ที่เจ็บป่วยขณะพักผ่อน หากผู้ที่เจ็บป่วยมีปัญหาการนอนไม่ค่อยหลับ ผู้ดูแลจะบอกกล่าวกับบุคลากรทีมสุขภาพให้รับทราบเพื่อขอ yanon ให้กับผู้ที่เจ็บป่วย

การดูแลการที่ไม่สุขสบายต่างๆ สามารถครอบครัวที่เฝ้าดูแลจะค่อยสังเกตอาการ ให้การช่วยเหลือบรรเทาอาการที่ไม่สุขสบาย รวมทั้งค่อยให้คำแนะนำกับผู้ที่เจ็บป่วยตามความรู้ที่ตนได้รับรู้มาผู้ดูแลได้สะท้อนว่า

คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

1.3 ดูแลจิตใจให้สุนทรีย์ เมื่อรับรู้ว่าภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ครอบครัวส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยในระยะนี้เป็นอย่างมาก โดยครอบครัวเชื่อว่าหากผู้ที่เจ็บป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุขใจ จะช่วยให้ร่างกายของผู้ที่เจ็บป่วยไม่ทรุดลงเร็ว เช่นสภาพจิตใจที่ดีจะเป็นสิ่งที่สามารถช่วยยืดชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยได้ ดังนั้นครอบครัวจึงให้การดูแลด้านจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยในระยะนี้ โดยการพูดคุยกับผู้ที่เจ็บป่วย ให้กำลังใจ การพูดคุยในเรื่องทั่วๆ ไปที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย การมาเยี่ยม การอยู่เฝ้าดูแล การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น การทำบุญ สาดมนต์ สะเดาะเคราะห์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยมีกำลังใจและมีความสุขใจ นอกจากนี้พบว่าในกรณีที่ผู้ที่เจ็บป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและเพิ่งทราบว่าเป็นโรคมะเร็งโดยโรคได้ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว ครอบครัวมักปกปิดการวินิจฉัยโรคกับผู้ที่เจ็บป่วย หรือการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายไม่ให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้รับรู้ โดยครอบครัวเชื่อว่าเป็นวิธีการหนึ่งของการให้กำลังใจ ซึ่งครอบครัวคิดว่าหากผู้ที่เจ็บป่วยรับรู้การวินิจฉัยโรคและภาวะเจ็บป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยคิดมากและมีอาการทรุดลงดังที่ครอบครัวจะท่อนความคิดเห็นว่า “ก็คือเรารีบให้กำลังใจแก่ ให้เรารู้จะโกรกพ่อว่ามันจะหาย คืออย่างน้อยมันก็ยืดเวลาให้เราได้อยู่กับพ่อเพิ่มอีกวันหนึ่งใช่ไหม นี่คือกำลังใจตรงที่ว่าเราจะหาย ถ้าสมมติเราไปบอกว่าพ่อเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เครียดตอนนั้นไม่หลับทรุดนี่แหล่ลิ่งที่จะเกิดขึ้นกับคนไข้ตรงนี้”

2. การจัดการดูแลเมื่อรับรู้ว่าหมดหวัง การรับรู้ว่าหมดหวัง เป็นการรับรู้ของครอบครัวที่มีการรับรู้ถึงความหมดหวังในการที่จะรักษาให้หายด้วยวิธีทางการแพทย์หรือการรักษาที่จะช่วยยืดระยะเวลาของชีวิตออกไป การรับรู้ในระยะนี้ เป็นการรับรู้ในหลายมิติ ทั้งการรับรู้ต่ออาการ ผลการรักษา และต่อระยะเวลาของการมีชีวิต เป็นการรับรู้ที่ผสมผสานทั้งการรับรู้ถึงอาการที่ผู้ที่เจ็บป่วยประสบอยู่ การเห็นสภาพร่างกายและการของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่เลื่อนอยู่ลิ่งเรื่อยๆ ในระยะนี้



ครอบครัวมีการรับรู้ต่อสภาพของผู้ที่เจ็บป่วยว่า “อาการไม่ดีขึ้น/ทรุดลง/เป็นหนัก” การรับรู้จากคำพูดของผู้ที่เจ็บป่วยที่รู้สึกว่าตนเอง “อาการไม่ดีขึ้น ทรุดลง” “ไม่ไหวไม่รอด” “คงจะรักษาไม่หาย” “คงจะอยู่ได้ไม่นาน” รวมทั้งการรับรู้จากแพทย์ โดยครอบครัวจะได้รับทราบจากแพทย์ชัดเจนว่าภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย รวมถึงการรับรู้ว่าโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษาประคับประคองด้วยการฉายรังสี หรือรับรู้ว่าการรักษาด้วยการฉายรังสีไม่สามารถให้การรักษาต่อได้เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ที่เจ็บป่วยอ่อนแอและทรุดลง เช่น มีภาวะติดเชื้อ เกร็ดเลือดต่ำ เป็นต้น การรักษาที่ให้จะเป็นเพียงการรักษาด้วยยาเพื่อประคับประคองอาการเท่านั้น และรับรู้ถึงแนวโน้มที่ผู้เจ็บป่วยอาจเสียชีวิตเมื่อใดก็ได้ หรืออาจจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาไม่นาน อาการของผู้เจ็บป่วยในระยะนี้บางคนอาการทรุดลงแล้วอาจดีขึ้นแล้วทรุดลงอีก หรือทรุดลงเรื่อยๆ

จากการรับรู้ดังกล่าวทำให้ครอบครัวรู้สึกหมดหวังลงเรื่อยๆ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับครอบครัวในช่วงเวลาหนึ่น คือ ความเครียด วิตกกังวล หมดหวัง ห้อแท้ใจใจหาย และรู้สึกลงสารผู้ที่เจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันครอบครัวก็เริ่มทำใจยอมรับว่าโรคของผู้ที่เจ็บป่วยไม่มีทางที่จะรักษาได้ ทำให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงภารกิจที่ต้องเร่งจัดการให้ผู้ที่เจ็บป่วย หรือช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้จัดการให้แล้วเสร็จ การจัดการดูแลของครอบครัวในระยะนี้จึงมุ่งเน้นการจัดการเพื่อ “อยู่กับความจริง” เพื่อช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยอย่างไม่ทุกข์ทรมาน สามารถยอมรับกับภาวะเจ็บป่วยที่เลื่อมถอยลงและได้เตรียมตัวตาย โดยมีการจัดการที่สำคัญ ดังนี้

2.1 แสวงหาข้อมูลการจัดการอาการและการเตรียมการตาย อาการที่ผู้เจ็บป่วยประสบในระยะนี้มีความรุนแรงมากขึ้น โดยอาการที่รุนแรงอาจมีการกำเริบขึ้นเป็นระยะๆ จนถึงมีอาการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวในระยะนี้ จึงเป็นความรู้สึกที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความสงสารผู้ที่เจ็บป่วย ต้องการที่จะช่วยเหลือให้ผู้ที่เจ็บป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ครอบครัวจึงมีการหาข้อมูลที่เกี่ยวกับการดูแลที่สามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่เหลืออยู่ของกรมีชีวิต รวมทั้งข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมการตายทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน วิธีการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยขณะอยู่บ้าน การพาผู้ที่เจ็บป่วย

กลับบ้าน ช่วงเวลาในบุคลากรที่มีสุขภาพดีอีเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับสมาชิกครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวได้สะท้อนความสำคัญของข้อมูลในระยะนี้ว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในการจัดการเรื่องต่างๆ การเตรียมการตาย และการดูแลจัดการอาการของผู้ที่เจ็บป่วย

2.2 ฝ่าดูแลด้วยใจดี เป็นการที่สมาชิกครอบครัวทำการฝ่าดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่ผู้เจ็บป่วยประสบอยู่ การดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตามที่ผู้เจ็บป่วยต้องการ รวมทั้งติดตามสังเกตประเมินอาการของผู้ที่เจ็บป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดทั้งกลางวันและกลางคืน ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวมีความกังวลว่าผู้ที่เจ็บป่วยอาจเสียชีวิตโดยที่ครอบครัวไม่ได้รับรู้ “เมื่อก่อนนึกถึงกลางคืนเราพอได้ป้ำเลื่อนอนฝ่าเพราะว่าคนไข้นอนได้ แต่ว่าตอนนี้คนไข้ไม่ค่อยได้นอน กลางคืนก็จะนั่งฝ่าอยู่ข้างเตียงເວລາเพราะว่าแกหน่อย เหนื่อยแล้วคิดว่าถ้าปอดหมัดก็คงไม่มีแรงที่จะหายใจอีก กลัวแกไปโดยที่เราไม่รู้” ในระยะนี้ครอบครัวจะมีการตามสามาชิกครอบครัวคนอื่นๆ มาช่วยกันฝ่าดูแล ล้วนครอบครัวที่สมาชิกครอบครัวคนอื่นไม่สามารถมาฝ่าดูแลได้ จะเป็นการดูแลโดยสมาชิกครอบครัวเพียงคนเดียว ซึ่งแม้ผู้ดูแลจะมีความเหนื่อยล้า แต่ผู้ดูแลรับรู้ว่าต้องอดทนเพราะเวลาที่เหลืออยู่สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยเหมือนเป็นการนับถอยหลัง จึงเป็นโอกาสเดียวและโอกาสสุดท้ายที่ครอบครัวจะได้อยู่ดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

2.3 แสวงหาการให้คำปรึกษา เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีสุขภาพในการให้คำปรึกษา และประคับประคองอารมณ์ โดยประเด็นที่ครอบครัวมีการขอคำปรึกษา คือ การดูแลรักษาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเนื่องด้วยอาการที่ผู้เจ็บป่วยประสบในระยะนี้มีความรุนแรงมากขึ้นครอบครัวจึงต้องการที่จะช่วยเหลือให้ผู้ที่เจ็บป่วยสุขสบายไม่ทุกข์ทรมานเท่าที่ครอบครัวจะทำให้ได้ แต่การควบคุมอาการบางอย่างของผู้ที่เจ็บป่วยในระยะนี้ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบากและการปวดในผู้เจ็บป่วยบางคนยังไม่สามารถจัดการควบคุมได้อย่างดีพอ ทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าเป็นสถานการณ์ที่ยุ่งยากใจและทุกข์ใจ ครอบครัวจึงมีความต้องการที่จะได้รับทราบแนวทางของการดูแลช่วยเหลือที่จะให้ผู้ที่เจ็บป่วยไม่ทุกข์ทรมาน



กับอาการที่เกิดขึ้น “จะมีอาการหอบมากโดยเฉพาะกลางคืน ที่หอบมาก ๆ เหนื่อยมาก แบบเหนื่อยจนขาดใจ พอหอบแล้วมันก็จะเหนื่อยมากแล้วมันก็ไม่สามารถจะหยุดยั้งได้ในระยะเวลาสั้น เราก็ไม่ทราบว่าจะทำยังไง...เราก็ต้องปรึกษาหมอปรึกษาพยาบาลฯ.”

นอกจากนี้ครอบครัวยังมีการแสวงหาการให้คำปรึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมการตายเนื่องจากการรับรู้ของครอบครัวถึงอาการที่ทรุดลงของผู้ที่เจ็บป่วย ทำให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงการเตรียมการตายให้กับผู้ที่เจ็บป่วยโดยพบว่าในครอบครัวที่ปิดข้อมูลการวินิจฉัยโรคและภาวะเจ็บป่วยกับผู้ที่เจ็บป่วย บางครอบครัวมีความต้องการที่จะเปิดเผยความจริงให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้รับทราบเพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้มีการเตรียมตัวตาย “ไม่อยากให้พอนึกว่าหมอรักษาแล้วจะหาย มันไม่หายแล้ว อยากให้เข้ารักษาอยู่แต่ไม่รักษาไม่หาย อยากให้เข้าเตรียมใจ ให้เข้าได้สิ่งเหลียว ให้ไปโดยที่ไม่มีอะไรห่วง...ไม่รู้จะบอกยังไง ทั้งอยากบอก ทั้งไม่อยากบอกกลัวแกตกใจ” บางครอบครัวจำเป็นต้องบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้รับทราบเพื่อจัดการเที่ยวกับทรัพย์สิน เช่น ข่าวการเลี้ยงชีวิตของสมาชิกภายในครอบครัว แต่ในขณะเดียวกันครอบครัวก็เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจและตัดสินใจไม่ถูกต่อสิ่งที่ครอบครัวต้องการที่จะทำ สถานการณ์ดังกล่าวนี้จึงเป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องการคำปรึกษาจากบุคลากรที่มีสุขภาพเพื่อตัดสินใจในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ในครอบครัวที่ได้รับทราบข้อมูลจากบุคลากรที่มีสุขภาพเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้เจ็บป่วยที่มีแนวโน้มของอาการที่เปล่งแสงอาจเสียชีวิตได้ ถือเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียดทางจิตใจเกิดความรู้สึกตกใจ สับสน คิดไม่ออก ตัดสินใจไม่ถูก จึงเป็นอีกสถานการณ์ที่สมาชิกครอบครัวมีการแสวงหาการให้คำปรึกษาเพื่อจัดการกับสถานการณ์เจ็บป่วยและการประคับประคองจิตใจจากบุคลากรที่มีสุขภาพ

2.4 เตรียมการตาย เป็นการจัดการเพื่อเตรียมจิตใจผู้ที่เจ็บป่วยให้มีความพร้อมต่อความตาย สามารถเชิญความตายด้วยจิตใจที่สงบ บางครอบครัวได้กล่าวถึงการริเริ่มจัดการในการเตรียมการตายว่า ได้เกิดขึ้นเมื่อครอบครัวได้รับทราบข้อมูลจากบุคลากรที่มีสุขภาพ และ/หรือการได้เห็นอาการและสภาพร่างกาย

ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลื่อมคลายของผู้ที่เจ็บป่วย วิธีการจัดการของครอบครัวเพื่อเตรียมการตายประกอบด้วย การดูแลให้ทำใจและปล่อยวาง ซึ่งครอบครัวจะใช้หลักธรรมะและความเชื่อของศาสนาพุทธหรือสถานการณ์แวดล้อมที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยในการพูดคุยเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้ทำใจและปล่อยวาง โดยครอบครัวจะมีการพูดคุยอยู่เรื่อยๆ เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยค่อยๆ ชิมชับไปเรื่อยๆ ดังที่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลได้เล่าไว้ “บางวันก็มีคนตาย คนไข้ก็ถามว่าเขาเป็นอะไรตาย ก็เลยบอกว่า เขายังมีแรง เขายังเป็นแบบนั้นแบบนั้น การลิ้ยแสลงก็จะช่วยยืดชีวิตออกไป บางคนก็หายไป มันก็ไม่แน่ไม่นอน สำคัญคือเราเป็นอยู่ดูดใหญ่ ถ้ารับโศกได้เราก็มีโอกาสหายแบบว่าสอนคนให้ให้เข้มแข็งให้ทำใจให้ปลงไปเรื่อยๆ ให้ค่อยๆ ชิมชับ” บางครอบครัวได้มีการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น ทำบุญ ถวายสังฆทาน สะเดาะเคราะห์ หั้งน้ำเพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยมีความสบายนใจ และทำให้จิตใจสงบขึ้น รวมถึงการซ่อมแซมจัดการกิจธุระ หรือสิ่งที่ผู้ที่เจ็บป่วยต้องการที่จะทำเพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยรู้สึกหมวดความกังวลใจ

2.5 ตัดสินใจเกี่ยวกับการตาย เมื่ออาการของผู้ที่เจ็บป่วยแย่ลงและมีแนวโน้มที่อาจจะเสียชีวิตได้ บุคลากรที่มีสุขภาพจะมีการให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วยกับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ในสถานการณ์ตั้งกล่าวว่า ครอบครัวจะเป็นผู้มีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล/การช่วยฟื้นฟื้นชีพและสถานที่เสียชีวิต โดยครอบครัวได้มีการจัดการในเรื่องนี้ ดังนี้

2.5.1 ครอบครัวตัดสินใจร่วมกับผู้ที่เจ็บป่วย เป็นการตัดสินใจโดยครอบครัวมีการสอบถามความต้องการและการตัดสินใจของผู้ที่เจ็บป่วย ซึ่งการสอบถามผู้ที่เจ็บป่วยมักเกิดหลังจากที่ครอบครัวได้ปรึกษากันแล้ว และสมาชิกครอบครัวเห็นชอบให้ผู้ที่เจ็บป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ ดังเช่น “ช่วงนั้นล่ะช่วงหนึ่งใจอีด้อด เริ่มหอบ หนอกก็ถามญาติว่า ถ้าถึงขั้นนั้นแล้วจะให้ใส่อนันนันอันนี้ช่วยคนไข้ไหม ญาติก็ไปปรึกษากัน แม้ก็ว่าแล้วแต่คุณไข้ พี่กะปรึกษาภันแล็กกี้โกรปรึกษาน้องน้องก็ว่าแล้วแต่พี่ แล้วแต่คุณไข้จะสมัครใจ จึงไปถามคุณไข้ต่ออีกว่า ถ้าหายใจไม่สะดวกจะใส่ท่อใหม่ พ่อก็ว่าไม่ใส่” หรือเกิดจากการริเริ่มของผู้ที่เจ็บป่วยเมื่อรับรู้ว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและมีความต้องการที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจึงขอให้ครอบครัวจัดการให้ ซึ่ง



ในบางสถานการณ์ผู้ที่เจ็บป่วยต้องมีการเจรจาต่อรองกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวยินยอม “พ่อนอกกว่าอาการแกไม่ดีขึ้น ก็เลยขอกลับบ้าน ลูกก็ไม่อยากให้กลับอยากรักษาพยาบาล แต่ว่าพ่อไม่ยอม แอบบอกว่าถ้าแกจะหมดลมหายใจ ก็ห้องดีที่บ้าน.. น้องชายก็เลยตามใจพ่อ” ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวมีความวิตกกังวลว่าผู้ป่วยอาจได้รับความทุกข์ทรมาน เพราะการดูแลที่บ้านจะไม่มียาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

2.5.2 ครอบครัวตัดสินใจแทน เป็นการตัดสินใจของครอบครัวโดยไม่ได้สอบถามผู้ที่เจ็บป่วยทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวคิดว่าการสอบถามผู้ที่เจ็บป่วยในเรื่องนี้โดยตรงจะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยรับรู้ว่าตนเองใกล้ตาย ซึ่งจะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยเสียกำลังใจ คิดมาก กังวลใจ และอาการอาจทรุดหนัก ดังที่ samaichikครอบครัวได้ให้ความเห็นว่า “ปรึกษาไม่ได้ เพราะเดี๋ยวจะไม่มีกำลังใจ ถ้าเสียกำลังใจแล้วจะทรุดหนักไปอีก ไม่ต้องให้รู้อะไร แต่ญาติพี่พ瓮แล้ว” หรือในกรณีที่สภาพความรู้สึกด้วยของผู้ที่เจ็บป่วยลดลง “เพราะว่าไม่่อยากให้เข้าใจมาก อีกอย่างคือถ้าเริ่มจะหลงแล้วละตอนนั้น มีอาการเพ้อบ้าง ก็เลยไม่ปรึกษาเดี๋ยว”

การตัดสินใจที่เกี่ยวกับการรักษาพยุงชีพและการช่วยฟื้นชีพในกรณีที่ครอบครัวตัดสินใจแทน เนื่องไข่ที่มีผลต่อการตัดสินใจของครอบครัว คือ 1) การรับรู้ถึงความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย โดยผู้ที่เจ็บป่วยเคยมีการบอกความต้องการหรือสั่งเสียครอบครัวมา ก่อน 2) ประสบการณ์ของครอบครัวเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีพ 3) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งผลการทดลองทั้งด้านบวกและด้านลบที่จะเกิดขึ้นจากบุคลากร ทีมสุขภาพ สำหรับเงื่อนไขที่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสถานที่ด้วยของครอบครัว คือ 1) การรับรู้ถึงความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย 2) ความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับการตาย 3) ความวิตกกังวลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ที่เจ็บป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน 4) การให้ข้อมูลและคำปรึกษาของบุคลากรทีมสุขภาพ 5) การบริการของระบบบริการสุขภาพใกล้บ้าน และ 6) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน

3. การจัดการดูแลเมื่อรับรู้ว่าใกล้ตาย เป็นระยะที่ครอบครัวรับรู้ว่าผู้ที่เจ็บป่วยใกล้จะเสียชีวิตแล้ว โดยครอบครัวจะได้รับข้อมูลภาวะใกล้เสียชีวิตของผู้ที่

เจ็บป่วยจากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ที่เจ็บป่วย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตลดต่ำลง นอกจากนี้ครอบครัวรับรู้ภาวะใกล้ตายจากการเห็นอาการของผู้ที่เจ็บป่วย เช่น ช็มลง ตาลาย ไม่พูด เนื่องจากหัวใจ หายใจไม่อิ่ม หายใจหนักลีบ อ้าปากช่วยหายใจ หายใจแผ่วช้าลง เห็นออกปัสสาวะรด ปลายมือปลายเท้าเย็น รวมทั้งการรับรู้จากการบอกล่าวของผู้ที่เจ็บป่วย (ในกรณีที่ผู้เจ็บป่วยระดับความรู้สึกตัวดี) ว่าตนเองไม่ไหว ตนเองใกล้จะเสียชีวิต เช่น “เมื่อยหกาย ดีอสิบไฟวแล้ว”

3.1 สำรวจข้อมูลอาการใกล้เสียชีวิต การจัดการก่อนตาย และหลังการตาย ผู้ที่เจ็บป่วยในระยะใกล้ตาย สมาชิกครอบครัวมักจะมีการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่คาดว่าผู้ที่เจ็บป่วยจะเสียชีวิต รวมทั้งการติดตามสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่ครอบครัวและญาติพี่น้องจะได้เฝ้าดูใจและได้รับรู้ถึงการเสียชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยในวินาทีสุดท้าย นอกจากนี้บางครอบครัวยังได้มีการสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินการที่ครอบครัวจะต้องจัดการทั้งในขณะใกล้ตายและหลังการตาย รวมถึงการทำพิธีกรรมที่ครอบครัวต้องการจะทำให้กับผู้ป่วยก่อนตาย โดยข้อมูลเหล่านี้สมาชิกครอบครัวจะติดตามสอบถามจากพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามสมาชิกครอบครัวบางคนอาจยังอยู่ในภาวะตกใจและสับสน บางครั้งไม่ทราบว่าจะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ดังนั้นการให้ข้อมูลในเชิงรุกของบุคลากรทีมสุขภาพกับครอบครัว จึงเป็นสิ่งที่ครอบครัวจะหันมาเมื่อความสำคัญในช่วงระยะเวลาหนึ่ง นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ประสบกับอาการทุกข์ทรมานในระยะใกล้เสียชีวิต ครอบครัวได้ให้ความสำคัญต่อข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลที่จะช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยไม่ทุกข์ทรมานก่อนตาย เพื่อที่ครอบครัวจะสามารถช่วยดูแลและเตรียมการของผู้ที่เจ็บป่วยได้ “หมออเขาก็จะบอกว่าจะส่งยาตัวนี้ให้ จะสั่งมอร์ฟีนไว้ให้ ถ้าปวดมากให้ขออะไรอ่าง ก็เป็นสิ่งที่ดีที่แจ้งให้ทราบถ้ามีอาการอย่างนี้เราควรจะทำยังไงใช้ไหมจะ เพราะเราฝ่ายอยู่ ถ้าพ่อเป็นป่วยมากเราจะขอฟินได้นะจะเรียกอย่างนี้ ตรงนี้ก็ควรจะบอกกับญาติผู้ป่วยไว้”

3.2 การสำรวจอาการช่วยเหลือสนับสนุน จากบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นการที่ครอบครัวมีการ



แสวงหาการให้คำปรึกษาและการประคับประคองจิตใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ “ตอนนี้เราน่าทำอะไรไม่ถูกจะ มันเกิดกระแทกหันหันนะ เราจะทำยังไงในขณะนั้น ก็ต้องปรึกษาพยาบาลเข้าอะ” รวมทั้งการช่วยเหลืออ่านนายความส่วนตัวในเรื่องต่างๆ ซึ่งครอบครัวได้สะท้อนถึง การช่วยเหลือดูแลในระยะนี้ของบุคลากรทีมสุขภาพว่า ควรเป็นลักษณะเชิงรุกโดยบุคลากรทีมสุขภาพควรมั่นมาดูแลและสอบถามความต้องการของครอบครัว การตอบคำถามในสิ่งที่ครอบครัวมีข้อสงสัย และการช่วยอ่านนายความส่วนตัวในเรื่องต่างๆ ให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยก่อนตาย

3.3 ฝ่ายดูใจ เป็นการดูแลที่สมาชิกครอบครัว และ/หรือญาติพี่น้องได้มารอยู่ฝ่ายดูแลในช่วงระยะที่คาดว่าผู้ที่เจ็บป่วยจะเสียชีวิตจนกระทั่งผู้ที่เจ็บป่วยหมด命หายใจ โดยมีการฝ่าดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการที่ผู้เจ็บป่วยประสบอยู่หรือที่ผู้ดูแลคิดว่าควรจะทำให้ เช่น การช่วยดูแลเมมbrane การให้ยาลดปวด เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้รับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ซึ่งครอบครัวจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือในการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพและพยายามฝ่าดูแลตามลั之心ทางการของผู้ที่เจ็บป่วยอย่างใกล้ชิดจนกระทั่งผู้ที่เจ็บป่วยเสียชีวิตโดยครอบครัวจะมีการสอบถามข้อมูลหรือรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ที่เจ็บป่วยเสียชีวิต รวมทั้งการดูแลในด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งครอบครัวจะมีการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ การสอบถามการสั่งเสียของผู้ที่เจ็บป่วย ตลอดจนการบอกกล่าวผู้ที่เจ็บป่วยได้ระลึกถึงสิ่งที่ดีงามและการปล่อยวางความห่วงกังวลต่างๆ ในระยะที่จะใกล้เสียชีวิต ดังที่สมาชิกครอบครัวได้เล่าถึงการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในช่วงก่อนเสียชีวิตว่า “แม่ก็พยายามบอกพ่อว่าลูกเมยินไม่ต้องเป็นห่วง เอาตัวรอดได้ พ่อไปทางหน้าก็อย่าคิด ให้พ่อไปสบายที่ไหนอยู่สุขสบายกะไป ไม่ต้องห่วงคนอยู่ทางหลัง ไปให้ดีงี้เจ้า ตั้งใจนึกถึง คุณพระพุทธ พระธรรม ไปให้นำทางไปสู่สรวงสรรค”

สำหรับครอบครัวที่มาฝ่าดูใจผู้ที่เจ็บป่วยก่อนตาย ขณะเดียวกันผู้ที่เจ็บป่วยได้มีโอกาสสั่งเสียและบอกครอบครัวเป็นครั้งสุดท้าย การตายของผู้ที่เจ็บป่วยในลักษณะนี้ครอบครัวจะไม่มีรู้สึกเศร้าโศกเลือดใจมากแต่จะเป็นความรู้สึกที่ดีต่อการจากไปของผู้ที่เจ็บป่วย

ดังที่สมาชิกครอบครัวเล่าไว้ว่า “เป็นการเสียที่แบบบ่อกับสมบูรณ์แบบอะไรประมาณนั้น คือ ญาติพี่น้องกีมารครบพ่อสามารถถอนคนนี้คืนนุ้มน้ำดูใจมาขอมาพ่อจนเสร็จ มันเป็นความอบอุ่น เป็นการตายที่แบบสมบูรณ์แบบ ไม่ได้ตายแบบนิดเดียวหรือว่าไม่ได้ตายแบบอยู่คนเดียว หรือว่าตายแบบลูกหลวงยังไม่ทันได้มาหรือมาเก็บเพา แล้วอะไรอย่างนี้” ในขณะที่ผู้เจ็บป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงขณะใกล้เสียชีวิตและยังไม่ได้ทำการสั่งเสียครอบครัวก่อนตาย สมาชิกครอบครัวบางคนจะเกิดความรู้สึกค้างค้างใจที่ผู้ที่เจ็บป่วยจากไปโดยไม่ได้สั่งเสีย

การอภิปรายผล

ครอบครัวมีความพยาຍານในการจัดการดูแลแบบองค์รวม โดยการผสมผสานการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ตามความเชื่อของครอบครัว ตลอดวิถีทางของภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การจัดการดูแลของครอบครัวจะมีอยู่สอง派系 ประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ คือ 1) ระยะอาจมีหวัง 2) ระยะหมดหวัง และ 3) ระยะใกล้ตาย ในแต่ละระยะ มีเป้าหมายและการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) การจัดการดูแลในระยะอาจมีหวัง เมื่อครอบครัวรับรู้ว่าภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเข้าสู่ระยะสุดท้าย ข้อมูลที่ครอบครัวมีความต้องการเป็นอย่างมากในระยะนี้ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วย ซึ่งแพทย์ถือเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญของครอบครัวเกี่ยวกับโรค และพบว่าการติดต่อสื่อสารเพื่อขอข้อมูลจากแพทย์ของครอบครัวยังมีอุปสรรค เนื่องจากลักษณะนิสัยของคนอีสานที่มักจะมีความกรงใจบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้ไม่กล้าที่จะสอบถามในสิ่งที่มีความสงสัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินตนา ตั้งวงศ์ชัย¹³ นอกจากนี้พบว่าครอบครัวมีความต้องการสนับสนุนแหล่งข้อมูลที่เป็นเอกสารและสื่อต่างๆ เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษา อาการ และการดูแล จัดการอาการที่มักพบในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

นอกจากนี้พบว่าในระยะนี้ การจัดการของครอบครัวมุ่งให้ความสำคัญที่การให้กำลังใจผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง จึงมีการปกปิดการวินิจฉัยโรคและภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเพื่อไม่ให้ผู้ที่เจ็บป่วยรับรู้ เพราะคิดว่าจะเป็นการทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยเสียกำลังใจและมีความวิตกกังวล



ซึ่งจะทำให้อาการทรุดเร็วขึ้น ทัศนคติและความเชื่อแบบนี้ได้มีรายงานในการศึกษาที่ทำในประเทศทางตะวันออก^{14,15} เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yate & Stetz¹⁶ ที่พบว่า การปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภลต้ายเป็นการตอบสนองของครอบครัวต่อการตระหนักรู้ถึงภาวะโภลตัยเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยหรือครอบครัวเกิดความเครียดทางจิตใจ ซึ่งช่วยให้ครอบครัวสามารถดำเนินความรู้สึกเป็นปกติ (sense of normality) ในกรณีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่เจ็บป่วย การปกปิดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย จึงเป็นอุปสรรคหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการไม่ได้เตรียมตัวตายสำหรับชีวิตในช่วงสุดท้าย¹⁵ การศึกษาของ Chiu et al¹⁷ ได้ชี้ให้เห็นว่า การปกปิดความจริงเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายถือเป็นอุปสรรคสำคัญของการให้การดูแลแบบประดับประดง ประเด็นของทัศนคติเชิงวัฒนธรรมนี้ จึงเป็นสิ่งที่ต้องแสวงหากรวีที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการบอกความจริง และการทำงานร่วมกับครอบครัวในการบอกความจริงกับผู้ที่เจ็บป่วยในช่วงเวลาที่เหมาะสมและตามความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย

2) การจัดการดูแลในระยะหมดหวัง การจัดการดูแลในระยะนี้เป็นอีกช่วงเวลาหนึ่งที่ครอบครัวมีความยากลำบากในการดูแล โดยเฉพาะการช่วยเหลือดูแลอาการที่ก่อความทุกข์ทรมานให้กับผู้ที่เจ็บป่วย อาการสำคัญที่ครอบครัวคิดว่าทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยทุกข์ทรมานมากที่สุด อาการปวดและหายใจลำบาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Kazanowski¹⁸ พบว่า อาการสำคัญอันดับต้นในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระยะโภลตัยคือ อาการปวดและหายใจลำบาก และพบว่าความเครียดของสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ซึ่งความเครียดในระดับสูงจะนำไปสู่ความรู้สึกโศกเศร้ารุนแรงหลังการสูญเสียผู้ที่เจ็บป่วย¹⁹

นอกจากนี้พบว่า เมื่อการพยายามรีบดูดของผู้ที่เจ็บป่วยในการที่จะมีชีวิตต่อติดลมหายใจ ครอบครัวส่วนใหญ่มักกำหนดที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งสถานที่เสียชีวิตให้กับผู้ที่เจ็บป่วย เนื่องด้วยครอบครัวคิดว่า การพูดคุยประเด็นเกี่ยวกับความตายจะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยเสียกำลังใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Beyene²⁰ และ

Muller & Desmond,²¹ ได้รายงานว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการบอกความจริงกับผู้ที่เจ็บป่วยโดยคิดว่าการบอกความจริงจะทำให้ผู้ป่วยหมดความหวัง ทัศนคตินี้จึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการมีส่วนร่วมตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการวางแผนดูแลของผู้ที่เจ็บป่วย และสิทธิ์ในการเลือกการตายของตนเอง¹⁴ การได้รับรู้ความจริงจะช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยสามารถแสดงความรู้สึกและได้รับการดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณที่เหมาะสมกับภาวะโภลตัย²¹ จึงเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของทีมสุขภาพในการพิทักษ์สิทธิ์และความมีเอกลักษณ์ของผู้ที่เจ็บป่วย โดยการช่วยให้ครอบครัวทำการตัดสินใจที่อยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย Blackhall et al²² ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยที่ครอบครัวเป็นศูนย์กลางควรให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่อย่างมีดุลยภาพของครอบครัวมากกว่าเอกลักษณ์ของสมาชิกครอบครัว บุคลากรสุขภาพควรสอบถามผู้ที่เจ็บป่วยเกี่ยวกับความต้องการรับรู้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วยและการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา หรือผู้ที่เจ็บป่วยต้องการให้ครอบครัวจัดการให้

ในการศึกษานี้พบว่า อาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ครอบครัวมีความวิตกกังวลในการตัดสินใจพาผู้ที่เจ็บป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีระบบสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยระยะโภลตัยที่บ้าน ครอบครัวต้องรับบทบาทการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายตามลำพัง จึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ครอบครัวมีความวิตกกังวลว่า ผู้ที่เจ็บป่วยอาจประสบกับความทุกข์ทรมานขณะอยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Murray et al¹¹ ได้รายงานว่า ในประเทศไทยกำลังพัฒนา ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงและไม่ได้รับการอ่อนน้อมในเรื่องของยาบรรเทาปวด เครื่องมือที่จำเป็น และการช่วยเหลือในการดูแลนอกจากนี้ในการศึกษาปัญหาและความต้องการสนับสนุนดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุก laminate ที่บ้านได้บ่งชี้ว่า ผู้ดูแลมีความต้องการสนับสนุนในด้านการจัดการอาชารของผู้ที่เจ็บป่วยและการช่วยเหลือดูแลเมื่อต้องการ รวมทั้งการประสานงานในการให้บริการ^{23,24,25}

ในระยะรับรู้ว่าหมดหวังนี้ยังพบว่า ครอบครัวได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมการตายให้กับผู้ที่เจ็บป่วยดังนั้นครอบครัวจึงมีความต้องการขอข้อมูลและการให้คำปรึกษา



จากทีมสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับการเตรียมการตายให้กับผู้ที่เจ็บป่วย เป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงระยะเวลาหนึ่งครอบครัวมีความต้องการที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคกับผู้เจ็บป่วยที่ยังไม่รู้ การวินิจฉัยโรค เพื่อต้องการเตรียมผู้ที่เจ็บป่วยสำหรับการตาย ในขณะที่บางครอบครัวอาจยังไม่มีการพูดคุย หรือเตรียมผู้ที่เจ็บป่วยสำหรับความตาย เนื่องจากครอบครัวคิดว่าการพูดคุยในเรื่องเหล่านี้จะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยรู้สึกภาวะโกลลัตัยของตนเอง ซึ่งจะเป็นการทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น ขณะที่บางครอบครัวอาจให้ความสำคัญกับปัญหาด้านร่างกายมากเกินไป จนทำให้ความสนใจในการเตรียมการตายลดความสำคัญลงหรือถูกมองข้ามไป ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจะมีการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและวิธีการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวในการเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคกับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการช่วยเหลือในการรักษาความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ครอบครัวได้มีการเตรียมการตายให้กับผู้ที่เจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในภาวะสุดท้ายของชีวิตและได้ตายอย่างมีคุณภาพ การได้เตรียมการตายให้กับผู้ที่เจ็บป่วยได้มีส่วนช่วยลดความทุกข์ทางใจของครอบครัว และช่วยให้ประสบการณ์การตายของผู้ที่เจ็บป่วยมีความหมายที่ดีต่อครอบครัวมากยิ่งขึ้น¹⁶

3) การจัดการดูแลในระยะใกล้ตาย ลิงสำคัญที่ครอบครัวเชื่อว่าเป็นการตายที่ดี คือ การที่ผู้เจ็บป่วยไม่มีอาการทุกข์ทรมาน การที่สามารถครอบครัวและญาติพี่น้องได้มาอยู่ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะใกล้ตาย ทราบจนหมดหายใจสุดท้าย การได้ทำการขอมาและได้รับการส่งเสียจากผู้ที่เจ็บป่วย และการได้นอกทางให้กับผู้ที่เจ็บป่วยก่อนตาย หากการตายของผู้ที่เจ็บป่วยเป็นไปตามความเชื่อของครอบครัว จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเครียโศกของครอบครัวต่อการสูญเสียผู้ที่เจ็บป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษาของ Brown & Stetz¹ นอกจากนี้แล้วที่ครอบครัวมองว่ามีความสำคัญต่อครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายในระยะใกล้ตายคือ การดูแลเชิงรุกจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการหมั่นสอนความต้องการของครอบครัว การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้กับครอบครัวในเรื่องต่างๆ การช่วยเหลือประคับประคอง

จิตใจของสมาชิกครอบครัว รวมทั้งการติดต่อประสานงานในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการตายของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Brajtman¹⁹ ที่พบว่าครอบครัวมีความคิดว่าพฤติกรรมการประคับประคองของพยาบาลเป็นการกระทำที่แสดงถึงการไว้ต่อความต้องการที่เป็นปัจจัยบุคคล และเป็นการแสดงถึงความเข้าใจต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยและ/หรือครอบครัว

ข้อเสนอแนะ:

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ได้ให้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการดูแลภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของครอบครัวและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล ถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนสมาชิกครอบครัวในการจัดการกับภาระและความต้องการตลอดวิถีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย รวมทั้งการพัฒนาการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวในแต่ละระยะให้มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยส่งเสริมความสุขสบาย ให้การประคับประคอง และหยุดยั้งความทุกข์ทรมานของผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ให้โอกาสและความร่วมมือในการศึกษารึ่งนี้ ขอขอบพระคุณบันทึกวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสภากาชาดไทยที่ให้ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์

เอกสารอ้างอิง

1. Brown MA, Stetz K. The labor of caregiving: a theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. Qualitative Health Research 1999; 9(2): 182-197.
2. Mok E, Chan F, Chan V, Yeung E. Family experience caring for terminally ill patients with cancer in Hong Kong. Cancer Nursing 2003; 26(4): 267-275.



3. Holing EV. The primary caregiver's perception of the dying trajectory. *Cancer Nursing* 1986; 9: 29-37.
4. Chan CWH, Chang AM. Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing* 1999; 22 (4): 260-265.
5. Andershed B, Ternestedt BM. Involvement of relatives in the care of the dying in different care cultures: Involvement in the dark or in the light? *Cancer Nursing* 1998; 21(2): 106-116.
6. Andershed B, Ternestedt BM. Being a close relative of a dying person: development of the concepts involvement in the light and in the dark. *Cancer Nursing* 2000; 23(2): 151-159.
7. Fukui S. Information needs and the related variables of Japanese family caregivers of terminally ill cancer patients. *Nursing and Health Sciences* 2004; 6: 29-36.
8. Meeker MA. Family surrogate decision making at the end of life: Seeing them through with care and respect. *Qualitative Health Research* 2004; 14 (2): 204-225.
9. Grunfeld, E. et al. Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 170 (2), 1795-1801.
10. Steinhauser, K.E. et al. In search of a good death: Observations of patients, families, and providers. *Annals of Internal Medicine* 2000; 132(10), 825-832.
11. Murray SA, Grant E, Grant A, Kendall M. Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers. *British Medical Journal* 2003; 326 (7385): 368-371.
12. ลีริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
13. จินตนา ตั้งวงศ์ชัย. วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
14. Hu WY, Chiu TY, Chuang RB, Chen CY. Solving family-related barriers to truthfulness in cases of terminal cancer in Taiwan. *Cancer Nursing* 2002; 25 (6): 486-492.
15. Konishi E, Davis AJ. Japanese nurses' perceptions about disclosure of information at the patients' end of life . *Nursing and Health Sciences* 1999; 1(3): 179-187.
16. Yates P, Stetz KM. Families' awareness of and response to dying. *Oncology Nursing Forum* 1999; 26 (1): 113-120.
17. Chiu TY, Hu WY, Tsay FC, Chou LL, Yao Ca, Chen CY. Ethical dilemmas in palliative care: a multicenter study. *Formosan I Med.* 1998; 2 (6): 633-640.
18. Kazanowski M. Family caregivers' medication management of symptoms in patients with cancer near death. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2005; 7(3): 174-181.
19. Brajtman S. Helping the family through the experience of terminal restlessness. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2005; 7(2): 73-81.
20. Beyene Y. Medical disclosure and refugees: telling bad news to Ethiopian patients. *West J Med.* 1992; 157: 328-332.
21. Muller JH, Desmond B. Ethical dilemmas in a cross-cultural context: a Chinese example. *West J Med.* 1992; 157: 323-327.
22. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 1995; 274(10): 820-825.
23. Osse BHP, Vernooij-Dassen MJFJ, Schade E, Grol RPTM. Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing* 2006; 29(5): 378-388.
24. ภกุษณ คำชินทร์, ดรุณี จงอุดมการณ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. การจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยด้วยโรคสโลร์ค: กรณีศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 6-16.
25. ภัคพร กอบพึงตน, จินตนา จรัญเตต์, ดรุณี คลรัตนภัทร, อรติลีป ชื่นกุล, ดรุณี ส่องแสง. คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 47-55.



การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ*

Perception about Illness and Information Regarding Self Care of Patients with Coronary Artery Disease underwent Coronary Artery Intervention

วิภาวดี แก้วอ่อน พย.ม.** วาสนา รายสูงเนิน PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน จากคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2551 สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ก่อนได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยโดยใช้อาการที่เกิดขึ้นกับตนเองเปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่เคยได้รับเกี่ยวกับโรคหัวใจ เพื่อตัดสินว่า ตนเองเป็นโรคหัวใจหรือไม่ ซึ่งความคุ้มครองของอาการมีผลต่อการตัดสินใจมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาลำบาก 2) หลังได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่รุนแรง เนื่องจากเชื่อว่ามีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยรักษาโรคได้ ระยะนี้การตัดสินใจรับหัตถการรักษาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับประเพณีภูมิปัญญาและอันตรายของหัตถการ รวมทั้งความพร้อมของโรงพยาบาลและความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้รักษา 3) หลังได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ หากผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอักเสบ จะเกิดการรับรู้ว่าตนเองเสื่อมหายจากโรคแล้ว แต่หากยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอักเสบ จึงรับรู้ว่าตนเองยังไม่หายขาดจากโรคและโรคจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว อย่างต่อเนื่อง ระยะนี้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพและจากแหล่งอื่นๆ โดยผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองเสื่อมหายจากโรคแล้ว มีแนวโน้มจะเล่ายกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยรายที่รับรู้ว่าตนเองยังไม่หายขาดจากโรค จะแสดงให้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองจากแหล่งต่างๆ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด เพื่อควบคุมอาการรุนแรงของโรค

คำสำคัญ: การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง โรคหลอดเลือดหัวใจ

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ไข้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ไข้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

This qualitative study aimed to explore perceptions about illness and information about self care of patients with coronary artery disease (CAD). A group of 20 patients was selected from the out-patient cardiovascular clinic in one hospital in the Northeast. In-depth interviews were conducted to collect data during July to October, 2008. Content analysis technique was used for data analysis.

Study findings revealed that the perceptions about CAD could be categorized into 3 phases; 1) Before getting the diagnosis, patients tried to make sense of their symptoms by comparing with knowledge they had from various sources about heart disease in which their previous health conditions were used in order to make meaning about their illness and to seek professional help. Some patients delayed to get treatment at this period if they mystified their symptoms with other conditions. 2) After getting the diagnosis, most of the patients perceived that their illness was serious and life-threatening. Only a few stated that CAD was not frightening as previous because they believed that advanced medical technology can alleviate serious symptoms. Within this period, the patients decided to accept treatment by considering between usefulness and harm of the intervention as well as availability of experienced cardiologists and equipment of the hospital. 3) After getting coronary artery intervention, if the patients no longer experienced chest pain they perceived that their illness was curable. However, for those who repeatedly experienced chest pain, it was acknowledged that the disease was incurable and dramatically had an impact on themselves and their family. Within this period, the patients received information about self care from the professional and nonprofessional source. For those who perceived that their illness was cured tended not to use information from any sources. However, patients who acknowledged that their illness was incurable used information from either source to help with lifestyle change, mostly to control the symptoms.

Keywords: perception about illness, information about self care, coronary artery disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของประชากรไทยรองจากโรคมะเร็ง แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะก้าวหน้ามากขึ้น แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วย อีกร้อยละ 20-55 เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบช้ำภายในหลังได้รับการรักษา¹ ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากหล่ายปัจจัยร่วมกันโดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากการดำเนินชีวิตของบุคคล ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปกับการรักษา² แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่คำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพมักอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดเชิงชีวการแพทย์ซึ่งในบางครั้งอาจขัดแย้งกับการรับรู้และความเชื่อต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในขณะที่การจะให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมที่ปฏิบัติมาจนเคยชินนั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และต้องอาศัยจักษุรายอย่างร่วมกัน⁴

จากการศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ทราบถึงความรู้สึกความคิด และความเชื่อของผู้ป่วยและเข้าใจว่าเหตุใดผู้ป่วยจึงปฏิบัติพฤติกรรมเช่นนั้นทำให้ทราบถึงปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ แต่พบว่าการศึกษาเชิงคุณภาพยัง มีน้อย^{3,4} และเนื่องจากสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ ข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงข้อมูลทางด้านการแพทย์ ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาที่เปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับแนวทางการรักษาและความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทางการแพทย์ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น อาจจะมีผลเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วยและข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย



สำหรับปรากฏการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความหมาย และข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายในหลังได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน และได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลตนเองจากแพทย์แหล่งจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจนและรับรู้ว่าตนเองหายจากโรคแล้ว จึงจะเลิกการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพเงื่າจะ จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ซึ่งการจะให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานเกิดความเครียดินนั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน⁵

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยและเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกได้ และสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายในหลังได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจจำนวน 20 คน ไม่จำกัดเพศและอายุ ไม่มีปัญหาในการสื่อสารและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แนวคิดตามสัมภาษณ์ เชิงลึก และแบบบันทึกภาคสนาม ซึ่งผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพโดยศึกษาตำรา และเอกสารวิชาการ ตลอดจนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแนวคิดในการสัมภาษณ์ และฝึกทักษะการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด โดยฝึกเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยใน

การศึกษาครั้งนี้จำนวน 4 คน ผู้วิจัยใช้การแนะนำตนเอง เป็นวิธีการเข้าถึงผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพ จนผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจพร้อมให้ข้อมูล จึงเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เพื่อขอสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป กรณีที่มีข้อมูลใหม่ชัดเจน โดยจะสอบถามความสมัครใจและนัดหมายเวลาผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดครั้งต่อไป

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยการถอดเทปสัมภาษณ์แบบค่าต่อค่าแล้วตราชสอข้อมูลโดยการฟัง เทปสัมภาษณ์ช้าๆ หลาย 7 รอบ และตรวจสอบความถูกต้อง ของภาษา ทำความเข้าใจกับประเด็นสำคัญ จัดหมวดหมู่ คำและตีความหมายของข้อมูล ให้รหัสข้อมูลแยกตามเพศ ของผู้ให้ข้อมูลและประเต็นการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกรรมการจริยธรรม เลขที่ HE 510411 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโดยอิบาย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง โดยละเอียด เปิดโอกาสให้ชักถามข้อสงสัย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมอาสาสมัคร หากผู้ป่วยมีความประสงค์ขอติดการให้ล้มภาษณ์ ก็สามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย และการเผยแพร่ผลการศึกษาจะทำในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศชาย 11 คน และเพศหญิง 9 คน มีอายุเฉลี่ย 60.9 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานแต่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือนถึง 11 ปี เฉลี่ย 4.7 ปี มีระยะเวลาหลังได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ 1 เดือนถึง 9 ปี เฉลี่ย 2.9 ปี และพบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง และมีพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือ ผู้ป่วยเพศชายทั้งหมดมีประวัติสูบบุหรี่มาก่อนโดยสูบมากกว่า 20 นาทีต่อวัน และส่วนใหญ่ให้ประวัติว่ามีความเครียด ภาวะอ้วน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มน้ำชา/กาแฟ และประวัติบุคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ

2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



1) ระยะก่อนได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านลักษณะอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองและเปรียบเทียบกับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหัวใจที่เคยได้รับจากการเคยพบเห็นผู้ป่วยโรคหัวใจและจากสื่อต่างๆ มา ก่อน โดยรับรู้ว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอัก อาการหายใจลำบากและการหัวใจหยุดเต้นเป็นอาการสำคัญของโรคหัวใจ หากผู้ป่วยมีอาการแสดงตั้งแต่เจ็บซึ้งบวกรุ้ว่าตันเองเป็นโรคหัวใจ แต่หากมีอาการคลุมเครือและคล้ายคลึงกับอาการของโรคอื่น โดยเฉพาะโรคกระเพาะอาหาร ดังคำกล่าว “ตอนนั้นพักเที่ยงพอดีรู้สึกแสงไฟห้อง จุกแน่นห้อง และก็ลามมาที่หน้าอกเหมือนมีลมดันขึ้นแต่ก็ไม่เรอ ตอนนั้นคิดว่าโรคกระเพาะกำเริบ” ผู้ป่วยจึงไม่ได้นึกถึงโรคหัวใจและไม่ได้มานพบแพทย์ทันที แต่เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้นจึงตัดสินใจมาพบแพทย์ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาล่าช้า ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจมีเพียงส่วนน้อยที่รับรู้ว่าเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การทำงานหนักและแพ้สารเคมี

2) ระยะหลังได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง และข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ แต่ผู้ป่วยยังคงรับรู้ลักษณะของโรคหัวใจผ่านลักษณะอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นหลัก โดยส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรง เนื่องจากมีอาการหนักที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ทันทีทันใดและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังคำกล่าว “คิดว่าเป็นหนักสิบคืนมา ญาติให้หมดแล้ว ... บ่เคยเป็นหยังกับเค้าจักเที่ย บัดมาเป็นก็เป็นหนักเลย เกือนได้ตายไป...คิดว่าสิไปเลย” มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่รุนแรง เนื่องจากเชื่อว่ามีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยรักษาโรคได้ ดังคำกล่าว “ตอนนั้น ก็ไม่รู้สึกกลัวนะ เพราะเชื่อใจหมออะ หลวงชายที่เป็นหมอบอกว่าเดียวเนี้ยเทคโนโลยีใหม่ๆ เยอะ ช่วยให้คนเราร้ายยืนมากขึ้น อ้าวเราหมายเรื่องไอการสรอดกีบมากขึ้น” แต่ในระยะนี้ผู้ป่วยมีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยเปลี่ยนไปจากการระยะก่อนได้รับการวินิจฉัยโรค โดยรับรู้ว่าเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย การทำงานหนัก มีความเครียดและสูบบุหรี่และดื่มสุราซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเชิงชีวการแพทย์

ส่วนการตัดสินใจรับการรักษาด้วยหัตถการหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพและอันตรายของหัตถการ รวมทั้งความพร้อมของสถานบริการและความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้รักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคหัวใจคนอื่นที่ประสบความสำเร็จในการรักษา และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนก่อนเจ็บป่วย มีแนวโน้มยอมรับการรักษาตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์โดยเลือกรับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจมากกว่าการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากรับรู้ว่า มีอันตรายน้อยกว่าและไม่ต้องผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยเลือกรับบริการจากแหล่งบริการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3) ระยะหลังได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ หากอาการเจ็บแน่นหน้าอักหายไปและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนก่อนเจ็บป่วยโดยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เลย ผู้ป่วยรับรู้ว่าหัตถการหลอดเลือดหัวใจสามารถช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยให้หายขาดได้ แต่หากยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอักหรือเหนื่อยอ่อนเพลียง่ายเมื่อ มีกิจกรรม ผู้ป่วยรับรู้ว่าหัตถการหลอดเลือดหัวใจนั้นสามารถช่วยรักษาให้รอดชีวิตและบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้แต่รักษาไม่หายขาด ซึ่งประสิทธิภาพของหัตถการหลอดเลือดหัวใจอาจจะมีผลต่อการรับรู้ลักษณะของโรคหัวใจ กล่าวคือ ภายนอกหลังทำการหัตถการ ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้อาการเจ็บแน่นหน้าอักเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินและตัดสินใจตัดสินใจ หายจากโรคแล้วหรือไม่ หากยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอักเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ใจสั่นหรือใจเต้นแรงเมื่อมีกิจกรรมผู้ป่วยรับรู้ว่าตันเองยังไม่หายขาดจากโรคและโรคจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตต่อต้นของและครอบครัว โดยทำให้ช่วยเหลือต้นของไม่ได้เหมือนก่อนเจ็บป่วย ต้องพึ่งพาลูกหลานเจริญสักว่าตันเองเป็นภาวะของลูกหลาน ทำงานหนักไม่ได้เหมือนเดิมทำให้ขาดรายได้ และเป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในอาชีพการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงและยังส่งผลทำให้แบบแผนเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลง แต่หากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าตันเองเหมือนหายจากโรคแล้วและโรคนี้ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของตนเอง



3. ลักษณะของข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

หลังได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะจากพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นคำแนะนำนำเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง เมื่อเกิดภาวะวิกฤตและการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงงานหนัก การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการรับประทานยาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังได้รับข้อมูลจากแพทย์อื่นๆ ได้แก่ สื่อ ภูมิปัญญา เพื่อนผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรและอาหารเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองยังไม่หายขาดจากโรค จะพยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองจากแหล่งต่างๆ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ในทางตรงกันข้ามกลุ่มผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองเหมือนหายจากโรคแล้ว มีแนวโน้มยังคงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเช่นเดิม เมื่อมองก่อนเจ็บป่วยหรือปรับเปลี่ยนบางส่วน โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกายและการสูบบุหรี่ แม้ว่าจะได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพว่าโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงดำเนิร์ประสบการณ์เจ็บหน้าอกของตนเองเป็นหลัก

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและผลกระทบของโรค ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งประสิทธิภาพของหัตถการหลอดเลือดหัวใจ มีผลกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การอภิปรายผล

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับประทานอาหารไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และดื่มสุรา มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง³

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจจากการมีประสบการณ์เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคหัวใจและจากสื่อต่างๆ มา ก่อน โดยรับรู้ว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบากและหัวใจหยุดเต้นเป็นอาการสำคัญของโรคหัวใจ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวชัดเจนจึงรับรู้ว่า “เป็นอาการของโรคหัวใจ” แต่บางรายไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกชัดเจน มีเพียงอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว มากผิดปกติเมื่อทำงานหนัก เมื่อพักแล้วอาการดังกล่าวก็หายไปผู้ป่วยกลุ่มนี้จึง “ไม่แน่ใจว่าเป็นโรคอะไร” นอกจากนี้บางรายมีอาการแสดงท้อง จุกแน่นท้อง คล้ายมีลมในกระเพาะอาหาร จึงรับรู้ว่า “เป็นอาการของโรคกระเพาะอาหาร” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิรักรองนาทองคำ⁴ ที่ศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบร่วมกับผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยเพลียง่าย หน้ามืด ปวดแข็งปวดชา เป็นเพียงการเจ็บป่วยธรรมชาติที่สามารถเกิดขึ้นได้ บางรายมีอาการวิงเวียนใจสั่น เหนื่อออก มือเท้าเย็น อาการคล้ายอาหารไม่ย่อย และอาเจียน ผู้ป่วยจึงให้ความหมายว่าเป็น “โรคลม” ทั้งนี้ เพราะการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์ในอดีต และการหล่อหลอมทางสังคม วัฒนธรรมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ จึงทำให้การแปลความหมายของอาการที่ประสบจากความเจ็บป่วยในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน⁵

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยดังกล่าวมีผลกำหนดพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่า “เป็นอาการของโรคหัวใจ” จะมีการตอบสนองโดยรับไปพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาทันที แต่ผู้ป่วยที่มีอาการคุณลักษณะ เช่นเจ็บหน้าอกหรือมีอาการคล้ายกับโรคกระเพาะอาหาร จะแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อจัดการกับอาการตามการรับรู้ของตนเองก่อน เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นจึงตัดสินใจมาพบแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าอาการแสดงที่ชัดเจนและความเข้าใจของผู้ป่วยที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจอาจช่วยลดความล่าช้าในการมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ตามมาได้

เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระยะนี้



ผู้ป่วยยังคงรับรู้การเจ็บป่วยผ่านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น กับตนเอง เช่นเดียวกับก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคโดย ส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคหัวใจ “เป็นโรคที่รุนแรง” เนื่องจาก ทำให้มีอาการหนัก เจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง หายใจลำบากเหมือนใจจะขาด มีอาการเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ทันทีที่ทันใดและทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ ทำnopong³ และวิรัวงศ์ นาทองคำ⁴ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วย 1 ราย ที่รับรู้ว่าโรคหัวใจ “เป็นโรคที่ไม่รุนแรง” เนื่องจากเชื่อว่า มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ สูงที่สามารถช่วยรักษาให้รอดชีวิตได้

ระยะนี้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์และ พยาบาลเกี่ยวกับพยาธิสภาพ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ของโรค และแนวทางการรักษาด้วยหัตถการหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจึงเข้ารับสุขาเหตุของโรคนี้ว่าเกิดจาก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน โดยส่วนใหญ่รับรู้ว่าเกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมการ รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ว่าตนเอง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มัน และเค็มมากกินไป จึงทำให้เป็นโรคเหล่านี้แลกเปลี่ยนกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แทรกซ้อนตามมา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ผู้ป่วย รับรู้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การไม่ออกร่างกาย การสูบบุหรี่และดื่มสุรามาก การทำงานหนักมากกินไป และการมีความเครียด สะสมเป็นระยะเวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมา จันทวิเศษ⁷ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อธิบายว่า โรคนี้เกิดจากพฤติกรรมและ การทำงานหนักเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันมี การประชาสัมพันธ์สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและได้ รับข้อมูลช่าวสารจากหลายช่องทาง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่สอดคล้อง กับแนวคิดของบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำ หัตถการหลอดเลือดหัวใจซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจด้าน การรักษาของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากความปลอดภัย ของหัตถการรวมทั้งความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของ 医师และประสิทธิภาพของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเลือกรับการรักษาด้วยวิธีถ่างขยาย หลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากรับรู้ว่ามีอันตรายน้อยกว่า

การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ณัฐวรรณ รักวงศ์ประยูร⁸ ที่พิบ瓦ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกที่ จะหลีกเลี่ยงวิธีการผ่าตัดรักษา เนื่องจากรับรู้ว่าการ ผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่อันตรายและปลอดภัยน้อยกว่า การรักษาด้วยวิธีอื่น

ภายหลังได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วย ก็ยังคงรับรู้การเจ็บป่วยจากลักษณะอาการตามการรับรู้ ของตนเอง โดยใช้อการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นลิ้งสำคัญ ใน การประเมินและตัดสินว่าตนเองหายจากโรคแล้ว หรือไม่ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ เมื่อนอกก่อนเจ็บป่วยโดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกช้า อีก รับรู้ว่าตนเองเหมือนหายจากโรคแล้ว แม้ว่าจะได้รับ ข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพว่าโรคนี้รักษาไม่หายขาด ก็ตาม ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยยังดื้ออาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นตัวตัดสินการเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ซึ่งการรับรู้ การเจ็บป่วยในมุมมองของคนทั่วไปคือการที่ไม่สามารถ ดำเนินชีวิตได้เมื่อนอกปกติ^{9,10,11} แต่เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการ ผิดปกติใดๆ สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือทำงานได้ ปกติเมื่อนอกก่อนเจ็บป่วย จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะ ยอมรับว่าโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่หากผู้ป่วย ยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและหนึ่งอยู่อ่อนเพลียจ่ายเมื่อ มีกิจกรรมหนักๆ จึงรับรู้ว่าตนเองยังไม่หายขาดจากโรค

นอกจากนี้ยังพบว่าประสิทธิภาพของหัตถการ หลอดเลือดหัวใจอาจจะมีผลเปลี่ยนแปลงการรับรู้การ เจ็บป่วยของผู้ป่วยกล่าวคือ มีผู้ป่วยที่รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจไม่น่ากลัวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยได้รับ ประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความสำเร็จหลังการรักษาผู้ป่วย จึงมีความรู้สึกต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเปลี่ยนไปในทาง ที่ดีขึ้น¹²

ภายหลังได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วย กลุ่มที่รับรู้ว่าตนเองยังไม่หายขาดจากโรค สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจต่อ การดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ได้แก่ ด้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการทำงาน ซึ่งเป็นผล ทำให้ขาดรายได้และเป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าใน อาชีพการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง รู้สึก ว่าตนเองเป็นภาระของลูกหลานและแบบแผนเพศ สัมพันธ์เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อการทำบทบาท หน้าที่ของสามีภรรยา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้การ เจ็บป่วยแตกต่างจากบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจาก เป็นการรับรู้ที่เชื่อมโยงกับอาการเจ็บป่วยตามการรับรู้



ของผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ลักษณะของข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลตนเองจาก 2 แหล่ง ได้แก่ จากแหล่งบุคลากรทางสุขภาพและแหล่งอื่น ๆ โดยข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่ได้รับจากพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลมากที่สุด ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ได้แก่ การใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกรและการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ ควบคุมอาหาร ออกรกำลังกาย หลีกเลี่ยงงานหนัก การจัดการความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง รับประทานยา และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยโรคหัวใจ และลือต่าง ๆ เป็นต้น โดยเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรและอาหารเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งบุคลากรทางสุขภาพเป็นหลัก โดยเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบรุนแรง และมีผู้ป่วยบางรายที่เลือกใช้ยาสมุนไพรและอาหารเสริมร่วมกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อหวังผลให้เสริมฤทธิ์กัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชวนพิศ ทำงาน³ และ วิรัชร่อง นาทองคำ⁴ ที่พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจบางรายใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาของแพทย์ โดยเชื่อว่ายาสมุนไพรสามารถรักษาบางอาการได้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด เนื่องจากต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด โดยพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโคล레สเตอรอลสูง ออกรกำลังกายอย่างสม่ำเสมอหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก และมีความเครียดจัด เลิกสูบบุหรี่เลิกดื่มสุราและกาแฟโดยเด็ดขาด และรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่หากยังมีอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรงก็จะเลือกรับการรักษาทางเลือกอื่นร่วมด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าโรคที่ตนเองแพชญอยู่สามารถรักษาได้หรือควบคุมได้ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามเรียนรู้และปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคอย่างดีที่สุด ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยคาดการณ์ว่าโรค

นั้น ๆ ไม่สามารถรักษาได้หรือควบคุมได้ยาก ก็อาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างออกไปทั่วเรื่องทั่วไปที่เป็นทางเลือกอื่นเพิ่มเติม^{13,14}

มีผู้ป่วยที่ใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย ได้แก่ ยาลูกกลอนสมุนไพรต้มไม่ทราบชนิด เห็ดหลินจือ กระเจี๊ยบแดง กระเทียม ว่านจอก หญ้าหาง แป๊ะเตี๊ยงหรือแป๊ะกวย หญ้าปักกิ่งและใบบัวบก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจของตนเองและบุคคลในครอบครัว โดยไม่ได้บอกให้แพทย์ผู้รักษาทราบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชวนพิศ ทำงาน³ และ วิรัชร่อง นาทองคำ⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยยังมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อช่วยในการบำรุงรักษาบางอาการ แต่จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยโดยเฉลี่ยว่ารายที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยเลือกรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว โดยให้เหตุผลอย่างเดียวกันคือ การรับประทานยามาก ๆ อาจเป็นอันตรายต่อไตและหัวใจได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานบางคนปรับลดขนาดยาลงเนื่องจากกลัวว่าจะเสียหน้าที่จากการรับประทานยามากเกินไป^{15,16}

จากการศึกษามีผู้ป่วย 2 คน ที่รับรู้ว่าตนเองเหมือนหายจากโรคแล้ว โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักก่อนได้รับการรักษา แต่ภายหลังได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจมาแล้วเป็นเวลา 6 ปีไม่เคยมีอาการผิดปกติใด ๆ เลยจึงรับรู้ว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยแล้ว แม้จะได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพว่าพยาธิสภาพของโรคในไม่สามารถรักษาให้หายได้ก็ตาม เพราะผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์เพียงอย่างเดียวสามารถช่วยควบคุมอาการของโรคได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีการแสดงทางข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ เพิ่มเติมและลดความระมัดระวังหรือละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ มีเพียงพฤติกรรมการรับประทานยาและมารับการตรวจรักษาตามนัดของแพทย์เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวรรณรักวงศ์ประยูร⁵ สกุนตลา รอดไม้⁶ และ McKenna และคณะ¹⁸ ซึ่งการรับรู้ในลักษณะนี้ทำให้ผู้ป่วยเลี่ยงต่อการกำเริบรุนแรงซึ่งของโรคและมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง

ข้อเสนอแนะ:

1. ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการทำความเข้าใจความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การ



พยาบาลที่ตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ได้อย่างแท้จริง และควรเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาวะของโรคที่ชัดเจน โดยเฉพาะอาการที่อาจทำให้เกิดความคุณเครื่องห่วงอาการของโรคอื่น ๆ กับอาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยอิสระเชื่อมโยงกับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ตรงตามความเป็นจริงและสามารถนำไปใช้ประเมินอาการเจ็บป่วยของตนเองในครั้งต่อไปได้อย่างถูกต้อง

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงการรับรู้การเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเบื้องต้น หรือศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

กิตติกรรมประจำปี

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนทำให้จันทร์ให้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Califf RM. Restenosis: The cost to society. American Heart Journal 1995; 130: 680-684.
- ชลิตา ปลาเงิน, อุษาวาดี อัศตร์วิเศษ, พิชชุดา วิรชพินทุ. ประสบการณ์การเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนทบี 2550; 25: 35-46.
- ชวนพิศ ทำงาน. ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเตบ (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนทบี; 2541.
- วิรัชรอง นาทองคำ. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
- สุพัฒนา ศักดิ์ธราภรณ์. ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการเผชิญความไม่แน่นอนของวัยรุ่นโรคเสื่อมหลอดเลือด (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
- Cockerham WC. Medical sociology. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1995.
- อุมา จันทวิเศษ. การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนทบี; 2539.
- ณัฐวรรณ รักวงศ์ประยูร. ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนทบี; 2539.
- Kleinman A. Patients and healer in the context of cultural. London: University of California; 1980.
- สมุณทา พรหมประเสริฐ, วารีวรรณ คงชุม, เพ็ญศรี ลือ. การพัฒนาการวางแผนการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4):40-50.
- ทองสมัย ยุรชัย, เบญจมาศ จันทร์นวล, อัมพรพรรณ ธีรานุตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการเจ็บป่วย และการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 36-46.
- Toth JC. Is stress at hospital discharge after acute myocardial infarction greater in women than in man? American Journal of Critical Care 1993; 2: 35-40.
- นงลักษณ์ เมฆาภูจันศักดิ์. แนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย: กรณีศึกษาและการประยุกต์ใช้ในทางการพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2549; 29: 37-45.
- ยุรีรี ศรีสว่างวงศ์, พัชรริดา เคณากุมิ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนเจ็บป่วยโรคเนื้องอกรังไข่โดยทีมสหสาขาวิชาชีฟแพนกสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลหนองคาย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 47-57.
- จิรยา คุณไหญ. การรับรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และการจัดการตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- นราจันทร์ พูลสมบัติ, ประนอม วรรsson กุล. การพัฒนาระบบการวางแผนเจ็บป่วยและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3):58-67.
- สกุนตรา รอดไม้. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสระบุรีทิพย์ประสิทธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ; 2548.
- McKenna KT, Mass F, McEnery PT. Coronary risk factor status after percutaneous transluminal coronary angioplasty. Heart & Lung 1995; 24: 207-211.



ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพุทธิกรรมการดูแลตนเองและการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*

The Effect of Empowerment on Self – Care Behaviors and Glycemic Control in Diabetes Type 2

อ.ในชา ศรีญญาจันทร์ พย.ม.** สุจิตรา ลิม อรุณวยาลาก วท.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพุทธิกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันและแนวคิดการดูแลตนเองของโอลเร็ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด marrow บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปางมาศ แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองทำการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลาเข้ากกลุ่มครั้งละ 60–90 นาที ติดต่อ กัน 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการประเมินค่าระดับน้ำตาลจับกับสีโมโนโกลบิน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม–พฤษจิกายน พ.ศ. 2551 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการทดสอบที่ และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการศึกษาวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 2) กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลจับกับสีโมโนโกลบินหลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะ ควรนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้มีพุทธิกรรมการดูแลตนเองที่ดีสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ พุทธิกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of empowerment intervention on self-care behaviors and glycemic control in patients who have diabetes type 2. Gibson's empowerment concept and Orem's self-care theory were used as the conceptual framework of this study. Eighty patients diagnosed with diabetes type 2 who received care at the out patient diabetic clinic at Lamplaimat Hospital were recruited in this study. The sample was equally divided into two groups: the experimental and control groups. The 12-week empowerment intervention was arranged into 4 sessions in which each session lasted about 60–90 minutes. The instruments used in this study were demographic data form and self-care behaviors questionnaire. Furthermore,

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปางมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



every subject was required to have glycated hemoglobin (HbA1c) level tested. Data were collected during July to November 2008. The data were analyzed using the paired t-test and Analysis of Covariance (ANCOVA). The results of the study were as follows: 1) Subjects in the intervention group had a significantly higher mean score on self-care behaviors than those who were in routine care group ($p<0.001$). 2) Subjects in the intervention group had a lower HbA1c level than those who were in routine care group ($p<0.05$). In conclusion, the result of this study suggests that empowerment intervention is helpful in promoting diabetic patients to perform self-care behaviors and control blood sugar. Therefore, nurse should apply the concept of empowerment in practice when taking care of the patient with diabetes.

Keywords: empowerment, self-care behaviors, glycemic control

ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

โรคเบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุของการป่วยของประชากรใน 4 อันดับแรกของกลุ่มโรคไม่ติดต่อของโลก¹ และในประเทศไทยเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง² ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องได้รับการดูแลและรักษาไปตลอดชีวิต จุดประสงค์หลักในการควบคุมโรคเบาหวาน จะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ โดยเฉพาะระดับน้ำตาลจับกับไฮโมโกลบิน (HbA1c) ควรอยู่ในระดับน้อยกว่าร้อยละ 7^{3,4,5} ดังนั้น การดูแลคนไข้เป็นหัวใจสำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องมีการดูแลคนไข้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การบริหารยารักษาโรค การได้รับข้อมูลในการรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกาย และการจัดการกับความเครียด^{6,7} เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยและวิถีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

จากการสังเกตการทำงานในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปางมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ส่งผลให้ในขณะรอตรวจพบว่าการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มใหญ่ ผู้ป่วยขาดการกระตุ้นและไม่สามารถแสดงความคิดเห็นและซักถามปัญหาการดูแลคนไข้ของผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยอาจจะไม่เข้าใจความรู้ที่ได้รับ ไม่สามารถน่าความรู้ที่ได้รับไปปรับพฤติกรรมการดูแลคนไข้ได้ ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่า 200 มก./ดล. จำนวน 10 ราย เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบร่วม มีพฤติกรรมในการแลตอนเองที่ยังไม่ดี ผู้ป่วยมีความรู้แต่ขาดความตระหนักและขาดทักษะที่จะนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ไม่สามารถจัดกิจกรรมในการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตได้

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยมีความเชื่อว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทางบวก เน้นความไว้วางใจ การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานโดยการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังในการสามารถดูแลตนเองในการกำหนดปัญหา การตัดสินใจแก้ไข และปฏิบัติการดูแลคนไข้ตามที่คาดหวังไว้⁸ ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง และเกิดการพัฒนาตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง มีความเป็นอิสระในการปรับพฤติกรรมการดูแลคนไข้ให้เป็นไปตามการดำเนินชีวิตของตน และทรงกับความต้องการของตนเอง⁹ ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพุติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพุติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปางมาศ จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ดำเนินการจับฉลากแบบไม่คืนที่โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดตลอดการร่วมวิจัย 2) มีระดับน้ำตาลจับกับซีโนโกลบิน ที่ได้รับการเจาะประจำปี ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป 3) อายุตั้งแต่ 35 - 60 ปี เพศหญิงและเพศชาย อายุอยู่ในเขตอำเภอลาภยามาศ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีให้ความร่วมมือ ทั้งนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิ์และป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคนละวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องข่ายทางสังคม ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของพัชรี เชื้อทอง¹⁰ ซึ่งสร้างตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอลิเวิร์ม¹¹ ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ร่วมกับจากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอลิเวิร์ม ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดสอบหาความเที่ยงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาร์ของครอนบาร์ค ได้เท่ากับ 0.78 3) การประเมินค่าระดับน้ำตาลจับกับซีโนโกลบิน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การเสริมสร้าง พลังอำนาจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกินลัน⁵ มีขั้นตอนกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากคณะกรรมการจัดธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้คำรับรองในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการท่วมวิจัย แจ้งลิธอีในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และวัดค่าระดับน้ำตาลจับกับซีโนโกลบินก่อนการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม และดำเนินการนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมภายใต้ 4 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งหมด 12 สัปดาห์ คือ สัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้เวลาจัดกิจกรรมกลุ่มละ 60 - 90 นาที รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ขนาดกลุ่มละ 5 - 8 คน

ในแต่ละขั้นตอน ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้เล่า ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจและความวิตกกังวล ได้รับความรู้ที่จำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการคิดวิเคราะห์ เกิดการตระหนักรู้ เข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ จากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก

ขณะดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองยังคงมาติดตามการรักษาภัยแพททาย โดยผู้วิจัยได้จัดวันนัดคุนละวัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภายหลังเสร็จกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และวัดค่าระดับน้ำตาลจับกับซีโนโกลบินหลังการศึกษา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยวิธีการแจกแจงความถี่



และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงແบานมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน ($HbA1c$) ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และภายนอกกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน ($HbA1c$) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance: ANCOVA)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 40 ราย ในระหว่างทำการศึกษามีการสูญเสียไปของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 4 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 ราย และกลุ่มควบคุม 1 ราย ทำให้เหลือผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุม 39 รายและกลุ่มทดลอง 37 ราย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ข้อมูลทั่วไป เครื่องข่ายทางสังคม ภาวะสุขภาพ และค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการควบคุมอาหาร การดูแลเท้า การจัดการความเครียดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการออกกำลังกายและการใชยาไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง เมื่อกำจัดอิทธิพลร่วม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมกับกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1

3. ผลการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ตัวแปรร่วม ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนการทดลอง เมื่อกำจัดอิทธิพลร่วมօคลอไปแล้ว พบว่า ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

การอภิปรายผล

การศึกษารั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยายามปกติ เป็นผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถในการเรียนรู้และทำความเข้าใจปัญหา เกิดความมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจและทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองโดยผู้ป่วยจะพิจารณาค้นหาปัญหาที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องตระหนักรถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเองนั่นว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวเอง เช่น สิ่งแวดล้อมของตนทั้งภายในและภายนอก และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในความรู้ความสามารถ ทักษะของตนเอง สามารถที่จะตัดสินใจลงมือปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางนั้นเอง โดยไม่มีการบังคับให้ปฏิบัติตาม มีสิ่งที่จะเลือกเพื่อให้ปรับเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของตน ผู้ป่วยเกิดเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ และมีความคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้^{12,13,14}

การเสริมพลังอำนาจเกิดจากสัมพันธภาพทางบวกระหว่างผู้ป่วยและผู้จัดการและระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม มีความไว้วางใจ เทื่อนอกรหينใจ มีเป้าหมายร่วมกัน ร่วมมือกันช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่ม



ผู้ป่วยเบาหวานเอง ร่วมกันในการตัดสินใจ โดยผู้จัด คอยช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ เรียนรู้ และตัดสินใจที่จะปฏิบัติ^{1,9} ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง กว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับสื่อโนโกรบิน หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาล แบบเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นผลลัพธ์เนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งทางด้านการควบคุมอาหารที่เหมาะสม^{10,11} แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับสื่อโนโกรบินหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเดียวกับก่อนการทดลอง จากการได้รับการเข้าค่ายเบาหวานจากทีมสุขภาพ อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ได้รับการพยาบาลปกติมีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ระหว่างนักถึงการควบคุมน้ำตาลจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวานและสถานีอนามัย ตามลักษณะผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในหมู่บ้านที่ไกลกันและวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน เพื่อยกระดับการบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานสูงขึ้น และควรมีการจัดอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนนำไปปฏิบัติ เพื่อช่วยเพิ่มทักษะและความสามารถในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในกระบวนการนำผลการวิจัย

ไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ระยะเวลาของการทำกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ควรคำนึงถึงสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มรวมทั้งลักษณะของกลุ่มเป็นสำคัญ เพื่อให้สอดคล้องกับการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล ควร้มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน ในทางด้านทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ มีการติดตามผลระยะสั้นๆ เพียง 12 สัปดาห์ เท่านั้น ทำให้ไม่สามารถติดตามความยั่งยืนของผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพุทธิกรรมการดูแลตนเองในระยะยาวได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการศึกษา และการติดตามผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควร มีการศึกษาต่อเนื่องระยะยาว และมีการติดตามผู้ป่วย ขณะดูแลตนเองที่อยู่บ้าน เพื่ออธิบายความยั่งยืนของกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิตติกรรมประจำค

ขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลลำปางมาราที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes-2007. Diabetes Care 2007; 30(1): S4-S41.
- กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง [ออนไลน์] 2549 [อ้างเมื่อ 2 พฤษภาคม 2550]. จาก <http://www.moph.go.th/>.
- World Health Organization [WHO]. Diabetes action [online] 2006 [cited 2007 November 2]. Available from: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/en>.
- Skelly AH. Type 2 diabetes mellitus. Nursing Clinics of North America 2006; 41(4): 531-547.
- จิตรา จิรัตน์สกิติ. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน. ใน อภิชัย วิชญานรัตน์ (บรรณาธิการ). ตัวร่โรคเบาหวาน: สมาคมต่อไปท่องแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เรือนแก้วการพิมพ์; 2546. หน้า 197 - 208.



6. Valentine V. Continuous glucose monitoring has left the station. *The Diabetes Educator* 2005; 31(5): 649-662.
7. Smelter SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. (Eds). Assessment and management of patients with diabetes mellitus. In Brunner& Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
8. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1991;16:354-61.
9. ณัฐร์สุวรรณ เมื่อันชู, นนทินีร์ บ่อเพ็ชร, สังค์ ชวนขัน, ศุภวัติ ลิมปานันท์. ผลการจัดบริการพยาบาลอย่าง มีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลและตอนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 17-22.
10. พัชรี เชื้อทอง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
11. Orem DE. Nursing Concept of Practice. (4th ed). st. Louis: Mosby Year book; 1991.
12. กอบกุล พันธุ์รัตนอิสรະ, น้ำผึ้ง ดุํโคงกรวดคอม, รณฤทธิ์ บุตรแสน. การปรับปรุงแบบบริการร่วมกับการ ให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลินโรงพยาบาล ประจำ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 33-40.
13. การศึกษาผลการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแล สุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนครนายก วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 21-28.
14. สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์. การศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 6-13.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
- ตัวแปรร่วม (คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนทดลอง)	6904.447	1	6904.447	39.048	0.000***
- กลุ่ม	8890.695	1	8890.695	50.281	0.000***
- ความคลาดเคลื่อน	12907.757	73	176.819		
- รวม	77522.000	76			
R Squared = .456 (adjusted R Squared = .441)					
- ตัวแปรร่วม(ค่าของระดับน้ำตาลจับกับ ฮีโมโกลบินก่อนการทดลอง)	88.758	1	88.758	119.264	0.000***
- กลุ่ม	0.254	1	0.254	0.342	0.561
- ความคลาดเคลื่อน	54.328	73	0.744		
- รวม	223.547	76			
R Squared = .624 (adjusted R Squared = .614)					

***P-value <.001



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วิธีการแก้ปัญหา เมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น

Factors Affecting The Problem-Solving Perception of Risk Sexual Behaviors among Adolescents

ศุภชินี ปิยะสุวรรณ พย.ม.* ประภาพร มีนา พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น และศึกษาปัจจัยทางด้านนิเวศวิทยาต่อการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาของจังหวัดมหาสารคาม อายุระหว่าง 12-21 ปี จำนวน 379 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์หอดถอยแบบพหุปัจจิ (*simultaneous multiple regression*) ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 121.11$, $SD = 23.34$) ส่วนปัจจัยทางด้านนิเวศวิทยา 6 ปัจจัยได้แก่ ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความนับถือตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน ความรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษาร่วมกันท่านายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้ร้อยละ 29.3 ($p < .001$) เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ได้แก่ ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน ($\beta = -.31$, $p < .000$) การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ($\beta = .19$, $p < .000$) ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ ($\beta = .16$, $p < .001$) และความสัมพันธ์ในครอบครัว ($\beta = .29$, $p < .001$) โดยประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ผลการสนทนากลุ่ม เห็นได้ชัดว่าวัยรุ่นมักจะใช้วิธีการแก้ปัญหาตามที่เพื่อนแนะนำโดยเห็นว่าเป็นเรื่องปกติที่วัยรุ่นจะแก้ปัญหาด้วยวิธีที่มีความเสี่ยงต่างๆ

ข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการรับรู้และค่านิยมที่ถูกต้องในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่mvัยรุ่นด้วยกัน พร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการสื่อสารเรื่องเพศอย่างเหมาะสมเพื่อการป้องกัน และแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

คำสำคัญ: การรับรู้วิธีการแก้ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ วัยรุ่น

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Abstract

This descriptive research aims to assess the problem-solving perception of adolescents toward adolescents' risk sexual behaviors and to examine factors affecting their problem-solving perception toward adolescents' risk sexual behaviors. The sample consisted of 379 adolescents who were between 12–21 years old residing in Mahasarakham province. The data were collected by using self-report questionnaires and analyzed by simultaneous multiple regression.

The results of the study revealed that the problem-solving perception of adolescents toward adolescents' risk sexual behaviors was rated at a medium level. Six predictive variables in combination explained 29.3 % of variance of potential for problem-solving perception of adolescents toward adolescents' risk sexual behaviors ($p < .001$). Only sexual experience of peer group ($\beta = -.31, p < .000$) and sexual communication in family ($\beta = .19, p < .000$) and sexual value ($\beta = .16, p < .001$) and family relationship ($\beta = .16, p < .001$) were independently and significantly associated with their problem-solving perception toward adolescents' risk sexual behaviors. It was also found that sexual experience of peer group was the most important predictors of their problem-solving perception toward adolescents' risk sexual behaviors.

The findings suggest that need for the promoting problem-solving perception of risk sexual behaviors in adolescent group and increase family roles to communicating about sexual in family to prevention risk sexual behaviors.

Keywords: problem-solving perception, risk sexual behaviors, adolescents

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่เร้าใจให้เกิดความต้องการทางเพศ ความอယกหรืออยากรึเปล่า และความต้องการทางเพศ ความอယกหรืออยากรึเปล่า กระโจนบัน ภาวะทางสังคมวัฒนธรรมเปลี่ยนไป และปัจจัยทางนิเวศ วิทยาอีกหลายประการที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น เช่น สิ่งกระตุ้นทางเพศ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะเพื่อนที่คบ การสอนเพศศึกษา²⁻⁴ ที่ส่งผลให้วัยรุ่น มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากยิ่งขึ้น ปัญหาที่ตามมา คือ ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาโดยการใช้ยาที่เป็นอันตรายเพื่อการกำแท้ทั้งต้นเอง การลักลอบทำแท้งผิดกฎหมาย การติดเชื้อและการตกลงเลือดจาก การทำแท้ง⁵ ผลที่เกิดขึ้นได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่mwัยรุ่นยังใช้วิธีการแก้ปัญหาในการป้องกันต้นเองที่ไม่ถูกต้องเมื่อต้นเองมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง และจะกล้ายเป็นปัญหาที่เรื่องรังต่อไปหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกศึกษาถึงการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ว่าวัยรุ่นมีการรับรู้ที่จะแก้ปัญหาอย่างไร เมื่อเกิดปัญหา เสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และปัจจัยใดที่มีผลต่อการรับรู้วิธีในการแก้ไขปัญหา เมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันปัญหาความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เพื่อสร้างภูมิต้านทานให้แก่เด็กวัยรุ่นให้สามารถดูแลตนเองได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อประเมินการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น
- เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัย ได้แก่ ค่านิยม ส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความนับถือตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน ความรู้เรื่องเพศศึกษา ในสถานศึกษาต่อการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์



กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางนิเวศวิทยา (An Ecological Model) ของบอรอนเฟนเบرنเนอร์⁵ และแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของแบนดูรา⁶ เพื่ออธิบายการรับรู้พฤติกรรมของวัยรุ่นที่พัฒนาขึ้นจากบริบทที่ซับซ้อนของครอบครัว ชุมชน สังคมแวดล้อม⁵ และกระบวนการเรียนรู้เป็นส่วนใหญ่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากร คือ วัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 12–21 ปี โดยเป็นนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา วิทยาลัยเทคนิค วิทยาลัยอาชีวศึกษา มหาวิทยาลัย ในเขตเมือง และนอกเขตเมืองในเขตจังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์กำลัง (Power analysis)⁷ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 และกำหนดให้ Effect Size ของการทำงานอยู่ในระดับกลาง คือ $R^2 = .03$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรอย่างน้อยที่สุดเท่ากับ 97 ราย แต่เพื่อให้อمانในการทดสอบเพิ่มขึ้นและเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการวิจัยที่แบ่งสถานที่ในการเก็บข้อมูลให้มีความหลากหลายมากขึ้น จึงใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น เป็น 380 ราย กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยการสุ่มแบบ Multistage Random Sampling โดยพิจารณากลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายจากสถานที่ศึกษาทั้งในเขตเมือง และนอกเขตเมือง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบสอบถามความนับถือตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินการเห็นคุณค่าของตนเองของโรเซ็นเบร็ก⁸ ที่พัฒนาขึ้นโดยรูปนี้ ดึงจิตภัณฑ์สกุล⁹ และนำไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นมีค่า .63

2. แบบสอบถามค่านิยมล้วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน ความรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษาและนำไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นมีค่าตั้งแต่ .71 ถึง .89 และการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศล้วนพ้น⁹ ของวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่น .72

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติทดสอบพหุแบบปกติ (Simultaneous Multiple Regression) เพื่อหาการร่วมทำนายตัวแปรตาม (combination) โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีสัดส่วนเพศชายและหญิงในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 45.9 และ ร้อยละ 54.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 17 ปี ($\bar{X} = 17.32$, $SD = 2.79$) ส่วนใหญ่ในขณะที่กำลังศึกษาจะอยู่พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 61.1) รองลงมา คือ อาศัยอยู่หอพักเอกสารหรือบ้านเช่า (ร้อยละ 23.5) โดยมีวัยรุ่นอาศัยอยู่บ้านเพื่อนต่างเพศ แฟฟหรือคู่รัก ร้อยละ 0.5 ส่วนบุคคลที่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่ด้วยในขณะกำลังศึกษา ส่วนใหญ่เป็นพ่อและแม่ (ร้อยละ 53.6) แต่มีวัยรุ่นบางส่วนที่อาศัยอยู่ร่วมกับเพื่อนต่างเพศ/แฟฟ/คู่รัก (ร้อยละ 6.9) วัยรุ่นส่วนใหญ่จะตื่มสุราและเครื่องดื่มน้ำมันนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 46.8) ส่วนการใช้ยาและสารกระตุ้นเมียรุ่นบางส่วน ที่ใช้นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 7.7) บุคคลในครอบครัวที่วัยรุ่นสนิทเป็นอันดับที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 42.2) โดยมีวัยรุ่นอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่สนิทกับใครเลยในครอบครัว (ร้อยละ 1.6)

2. บทบาทและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนที่ไม่เคยและเคยอยู่ตามลำพังกับเพื่อนต่างเพศในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.0 และ 48.0) เรื่องความชอบทางเพศของวัยรุ่นพบว่า โดยส่วนใหญ่จะรักหรือชอบคู่รักต่างเพศ (ร้อยละ 88.4) โดยมีวัยรุ่นที่รักหรือชอบเพศเดียวกันและรักหรือชอบทั้งสองเพศในจำนวนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 5.8 ส่วนประสบการณ์ความรัก พบร่วมวัยรุ่นส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์เรื่องความรักแล้ว โดยเป็นผู้ที่กำลังมีความรัก ร้อยละ 33.8 และเป็นผู้ที่เคยมีความรักมาก่อนร้อยละ 38.3 ส่วนพฤติกรรมทางเพศกับแฟfn คู่รัก หรือเพื่อนต่างเพศ พบร่วมวัยรุ่นส่วนใหญ่เคยจับมือ กอดเอว ถูกนื้อตัวกับแฟfn คู่รัก หรือเพื่อนต่างเพศ (ร้อยละ 39.6) รองลงมาเคยโอบกอด และหอมจูบ (ร้อยละ 39.6 และ 34.0 ตามลำดับ) และมีวัยรุ่นที่เคยมีเพศสัมพันธ์



แล้ว (ร้อยละ 22.4) ส่วนแหล่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง เพศสัมพันธ์มากที่สุด คือ ครู อาจารย์ (ร้อยละ 30.0) รองลงมา คือ เพื่อน และอินเตอร์เน็ต (ร้อยละ 21.40 และ 16.60) โดยมีวัยรุ่นเพียง ร้อยละ 6.8 เท่านั้นที่ได้รับจากบิดามารดา

3. ปัจจัยด้านนิเวศวิทยา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1.1 ค่าनิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่อง เพศ มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า วัยรุ่นมีความคิดเห็นและรู้สึกเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทาง เพศในวัยรุ่นว่าเป็นเรื่องที่ค่อนข้างปกติพอยอมรับได้ ($\bar{X} = 28.54$, SD = 2.85)

2.1.2 ความนับถือตนเอง มีคะแนน ของความนับถือตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าวัยรุ่นค่อนข้างเห็นคุณค่าและความสำคัญของ ตนเอง ($\bar{X} = 28.59$, SD = 3.45)

3.2 ปัจจัยครอบครัว

3.2.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัว มี คะแนนของความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง แสดงว่า ครอบครัวของวัยรุ่นค่อนข้าง มีปฏิสัมพันธ์และมีการแสดงออกที่ดีต่อกัน มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 39.19$, SD = 5.28)

3.2.2 การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว มีคะแนนของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า ครอบครัวของวัยรุ่นมี การพูดคุยและสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศที่เหมาะสมใน ระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 40.11$, SD = 6.55)

3.3 ปัจจัยทางสังคม

3.3.1 ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่ม เพื่อน มีคะแนนประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อนโดย รวมอยู่ในระดับน้อย แสดงว่าวัยรุ่นได้รับรู้เรื่องราว ความสัมพันธ์ระหว่างเพศของเพื่อนในกลุ่ม และมีการพูด คุยเกี่ยวกับเรื่องเพศในระดับน้อย ($\bar{X} = 7.26$, SD = 7.19)

3.3.2 การให้ความรู้เรื่องเพศในสถาน ศึกษา มีคะแนนการได้รับความรู้จากสถานศึกษาโดย รวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าครู อาจารย์ในสถาน ศึกษาได้มีการบอกเล่า อธิบาย เนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 14.28$, SD = 7.19)

4. การรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น การศึกษาครั้งนี้ สมมุติ สถานการณ์ที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ 3 สถานการณ์ ขึ้นมาเพื่อให้วยรุ่นกลุ่มตัวอย่างได้พิจารณา ถึงวิธีต่างๆในการแก้ปัญหา

4.1 การรับรู้วิธีแก้ปัญหาของวัยรุ่นเมื่อเกิด มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน วัยรุ่นส่วนใหญ่มีแนว โน้มการรับรู้ว่าความรู้การแก้ปัญหา โดยวิธีแก้ปัญหาด้วย ตนเองที่วัยรุ่นรับรู้มากที่สุดในกรณีนี้คือ การรับประทาน ยาคุมกำเนิดชนิดฉุกเฉิน (ร้อยละ 49.10) รองลงมา คือนับวันปลอดภัยก่อนที่จะมีการใช้ยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 45.80) และเลือกที่จะใช้น้ำยาล้างอวัยวะเพศทันทีหลัง ร่วมเพศ (ร้อยละ 43.60) โดยชนิดของยาคุมกำเนิดที่ มีการใช้บ่อยคือชนิดฉุกเฉิน ส่วนการรับรู้ที่จะแก้ปัญหา โดยการปรึกษาหรือเล่าให้กับสมาชิกครอบครัว และ เพื่อนฝูงมีร้อยละ 39.00 และ ร้อยละ 40.80 ตามลำดับ นอกจากนี้วัยรุ่นยังบูรးว่าควรไปปรึกษาแพทย์และ พยาบาล ร้อยละ 45.40 และไปตรวจการตั้งครรภ์และ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล ร้อยละ 54.90 ส่วนวัยรุ่นที่มีแนวโน้มที่จะแก้ปัญหาโดย การทำตัวเป็นปกติ ไม่บอกใคร แม้ไม่แน่ใจว่าจะสามารถ แก้ปัญหาได้หรือไม่และเลือกที่จะแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีลีบาร์ย์ ร้อยละ 21.20 และ ร้อยละ 19.40 ตามลำดับ

4.2 การรับรู้วิธีแก้ปัญหาของวัยรุ่นเมื่อเกิด การตั้งครรภ์หรือคุณอนเกิดการตั้งครรภ์ วัยรุ่นส่วน ใหญ่มีแนวโน้มการรับรู้ว่าความรู้การแก้ปัญหาโดยการพูดคุย ปรึกษาเรื่องแต่งงานกัน และควรไปฝากครรภ์หรือพาคู่ นอนไปฝากครรภ์ ร้อยละ 52.80 และ ร้อยละ 49.3 ตามลำดับ ส่วนการหาสถานที่ทำแท้งหรือพาคู่นอนไป ทำแท้ง มีร้อยละ 9.9 การใช้ยาขับเลือด ร้อยละ 11.50 และมีวัยรุ่นอีกส่วนหนึ่งที่หัวใจการต่างๆ เพื่อ ให้แท้ง ร้อยละ 8.6

4.3 การรับรู้วิธีแก้ปัญหาของวัยรุ่นเมื่อเกิด ความผิดปกติภายนอกตัว เช่นการร่วมเพศ วัยรุ่นส่วนใหญ่มี แนวโน้มการรับรู้ว่าควรแก้ปัญหาโดยการไปปรึกษาที่ คลินิกหรือที่โรงพยาบาล ร้อยละ 33.30 แต่มีวัยรุ่น ร้อยละ 33.30 ที่รอดูอาการก่อนโดยไม่ทำอะไรและมี วัยรุ่นบางส่วนที่มีแนวโน้มที่รับรู้ว่าจะแก้ปัญหาโดยการ ลองซื้อยามารับประทานเอง ร้อยละ 14.90



สรุปวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการรับรู้ วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และงว่า เมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ขึ้นวัยรุ่นมีการรับรู้ที่จะแก้ปัญหา ในวิธีการที่เหมาะสมในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = 121.11 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 23.34

5. ปัจจัยทำนายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรต้น แต่ละตัวกับตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรต้นบางตัวไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) แต่เพื่อหารการร่วมทำนายตัวแปรตาม (combination) ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรต้นเข้าห้องทดลองเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมทำนายตัวแปรตามได้หรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบพหุแบบปกติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรทั้ง 6 ตัวสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้ตามกรอบแนวคิดที่กำหนด โดยมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 29 ($R^2 = .293$) (ตารางที่ 2) แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายแต่ละตัวกับตัวแปรเกณฑ์ พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับตัวแปรเกณฑ์มี 3 ตัวแปร คือ ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ ($\beta = .17$) การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ($\beta = .20$) และความสัมพันธ์ในครอบครัว ($\beta = .18$) และงว่า ถ้าวัยรุ่นมีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้มากและเหมาะสม จะมีการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงวิธีการแก้ปัญหาเมื่อต้นเองเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ในแนวทางที่เหมาะสม ในระดับปานกลาง โดยแสดงให้เห็นว่า มีวัยรุ่นส่วนหนึ่งที่มีการรับรู้ที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา บางส่วนไม่สามารถตัดสินใจได้ลังเลไม่แน่ใจ และมีวัยรุ่นอีks ส่วนหนึ่งที่มีการรับรู้ที่ไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ซึ่งหากเป็นเหตุการณ์เกิดขึ้นจริงวัยรุ่นในกลุ่มนี้น่าจะมีแนวโน้มว่า จะเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น การทำแท้ง และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

$$y = b_0 + b_{1x1} + b_{2x2} + b_{3x3} + b_{4x4} + b_{5x5} + b_{6x6}$$

$$y = 37.17 + 1.383(x_1) - 0.184(x_2) + 0.787(x_3)$$

$$y = +0.701(x_4) - 0.943(x_5) - 0.165(x_6)$$

y = การรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น
 b_0 = ค่าคงที่ของสมการถดถอยในรูปของสมการตัวอย่าง
 x_1 = ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ
 x_2 = ความนับถือตนเอง
 x_3 = ความสัมพันธ์ในครอบครัว
 x_4 = การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว
 x_5 = ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน
 x_6 = การให้ความรู้เรื่องเพศในสถานศึกษา

แต่เมื่อมาพิจารณาตัวแปรแต่ละตัว พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 4 ตัว คือ ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่วนตัวแปรอีก 2 ตัวคือ ความนับถือตนเอง และการให้ความรู้เรื่องเพศในสถานศึกษา มีอิทธิพลในการทำนายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งเมื่อพิจารณาเอาตัวทำนายที่ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติออกแล้วทำให้อิทธิพลในการทำนายร่วมกันลดลงเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้นโดยมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 29.0 ($R^2 = .290$) (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

การรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงวิธีการแก้ปัญหาเมื่อต้นเองเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ในแนวทางที่เหมาะสม ในระดับปานกลาง โดยแสดงให้เห็นว่า มีวัยรุ่นส่วนหนึ่งที่มีการรับรู้ที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา บางส่วนไม่สามารถตัดสินใจได้ลังเลไม่แน่ใจ และมีวัยรุ่นอีks ส่วนหนึ่งที่มีการรับรู้ที่ไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ซึ่งหากเป็นเหตุการณ์เกิดขึ้นจริงวัยรุ่นในกลุ่มนี้น่าจะมีแนวโน้มว่า จะเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น การทำแท้ง และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลที่มีต่อการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น



พบว่า ตัวทำนายต่าง ๆ สามารถร่วมกันทำนาย การรับรู้ วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีอิทธิพลในการทำนาย น้อยกว่าจากยังอาจมีอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ ที่สามารถ ทำนายได้มากกว่าและเมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวทำนาย แต่ละตัวสามารถอภิปราย ได้ดังนี้

ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ พบร่วม วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นและรู้สึกเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ ในช่วงวัยรุ่นว่าเป็นเรื่องที่ค่อนข้างเหมาะสม ซึ่งเมื่อ พิจารณาพบว่า ปัจจุบันวัยรุ่นมีการแสดงออกในเรื่อง ของความรักอย่างเปิดเผยมากขึ้น มีการเล่าและพูดคุย เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน รวมทั้งเรื่องของ การมีเพศสัมพันธ์ ก่อนแต่งงานหรือในวัยเรียนซึ่งเป็น ผลมาจากการค่านิยม โดยในส่วนนี้ยังรวมถึงค่านิยมของ การรับรู้ที่จะแก้ปัญหาเมื่อเกิดมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สัมพันธ์ด้วยซึ่งเป็นผลจากการรับเรียนค่านิยมที่ถูก กำหนดเข้ามาจากวัยรุ่นด้วยกัน รุ่นพี่ จากสื่อมวลชนหรือ ค่านิยมที่มาจากการต่างชาติ กระตุ้นให้วัยรุ่นพยายามทำ พฤติกรรมตามค่านิยม โดยเห็นเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติตาม แม่บ้านครั้งอาจไม่แน่ใจตนเอง¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษา ของ วรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์¹¹ ที่พบว่า แนวโน้มนำเชิง บางกอกต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานมีอิทธิพลต่อ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานซึ่งหากกลุ่มตัวอย่าง มีค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นสิ่งที่ เหมาะสม โดยถือเป็นเรื่องปกติ สามารถเปิดเผยได้ สิ่ง นี้ก็อาจจะมีอิทธิพลทำให้เกิดการรับรู้วิธีการแก้ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ในแนวทางที่ไม่ถูกต้อง เพิ่มขึ้นด้วย

ความนับถือตนเอง พบร่วม ไม่มีอิทธิพลและ ไม่สามารถทำนายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้ อภิปรายผล ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความนับถือตนเองและ เห็นความสำคัญของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบ กับข้อคำถament เป็นเหตุการณ์ที่สมมุติขึ้นมาเพื่อความความ รู้สึกเท่านั้นไม่ได้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างบางคนอาจไม่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงทาง

เพศสัมพันธ์มาก่อน ดังนั้นจึงอาจทำให้ผลของการรับรู้ วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิสมัย พรัต้น¹² ที่พบว่าความ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

ความสัมพันธ์ในครอบครัว พบร่วม มีอิทธิพล และสามารถทำนายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลได้ว่า การที่ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะเป็นแหล่งสนับสนุนให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ ที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องแม้เพื่อนจะมีอิทธิพล กับวัยรุ่นค่อนข้างมาก แต่ในความเป็นจริงแล้วหากวัยรุ่น มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีความรัก ความอบอุ่น มีความเข้าใจ ก็จะมีผลต่อความรู้สึกของวัยรุ่น มีส่วนช่วย ให้วัยรุ่นมีความคิดที่มีเหตุผลหรือมีหลักยึดเหนี่ยว ป้องกันอันตรายที่ลูกอาจได้รับจากเพื่อนและแบบอย่าง ในสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ณิจิวนันท์ วิชัยรัมย์¹³ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวสามารถร่วม ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ครอบครัวของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง ค่อนข้างมีปฏิสัมพันธ์ และมีการแสดงออกที่ดีต่อกัน ดังนั้นจึงทำให้วัยรุ่น มีแนวโน้มการรับรู้ที่จะแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ในแนวทางที่ค่อนข้างเหมาะสม หาก บุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก็จะมี ส่วนช่วยให้วัยรุ่นมีการรับรู้ที่จะแก้ปัญหาที่ถูกต้อง หากแต่ในส่วนของวัยรุ่นเองก็ต้องมีความตั้งใจ ที่จะรับรู้ ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ดังนั้นจึงทำให้วัยรุ่น สามารถรับรู้ที่จะแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์มากขึ้นด้วย

การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว พบร่วม มีอิทธิพลและสามารถทำนายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ อภิปรายผลได้ว่า การที่ครอบครัวมี การเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้พูดคุยเกี่ยวกับการคนเพื่อน ต่างเพศ การนัดหมาย การปฏิเสธหรือต่อรองที่เป็น ทักษะทางสังคมเพื่อการแสดงออกอย่างเหมาะสม และ หากตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางเพศ ก็ต้องรู้สึก ภาระทางเพศที่ปลอดภัยด้วย ซึ่งเป็นเรื่องที่วัยรุ่นให้ ความสนใจอย่างมากในวัยนี้ จะมีผลทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ มีการเตรียมความพร้อมกับความเปลี่ยนแปลงที่



จะเกิดขึ้น รวมทั้งสามารถที่จะแก้ปัญหาเกี่ยวกับเรื่อง เพศได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Guzmán¹⁴ ที่พบว่า การสื่อสารเรื่องเพศที่ประสบความสำเร็จในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ช้าลงของวัยรุ่นและ Gillaspy¹⁵ พบว่าวัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้พูดคุยเรื่องเพศกับ พ่อแม่จะมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่าวัยรุ่นหญิงที่ได้ พูดคุยเรื่องเพศกับพ่อแม่อายุมากกว่าปัญทางสติ๊ติ ซึ่ง แสดงว่าหากครอบครัวไม่มีการสื่อสารหรือพูดคุย วัยรุ่น ก็จะแสวงหาในสิ่งที่ตนเองต้องการที่จะรู้จากแหล่งอื่น ๆ เช่น กลุ่มเพื่อน ซึ่งอาจจะเกิดการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวของวัยรุ่นกลุ่ม ตัวอย่างค่อนข้างมีการพูดคุยและสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศ ดังนั้นจึงทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มการรับรู้ที่จะแก้ปัญหา พฤติกรรมเลี้ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ในแนวทางที่ค่อน ข้างเหมาะสม ดังนั้นหากบุคคลในครอบครัวพูดคุย และสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศมากขึ้นก็จะมีส่วนช่วยให้วัยรุ่น มีการรับรู้ที่จะแก้ปัญหาที่ถูกต้องหากตนเองมีพฤติกรรม เลี้ยงทางเพศสัมพันธ์มากขึ้นด้วย

ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน พบว่า มี อิทธิพลและสามารถทำนายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหา พฤติกรรมเลี้ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ กับการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเลี้ยงทาง เพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมากที่สุด อภิรายผลได้ว่า เพื่อน มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมากกว่าพ่อแม่ หรือครอบครัว เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการเอกสารลักษณะของตนเอง และพยายามหดการเอาแบบอย่างในสิ่งที่เคยทำมาก่อน¹⁶ วัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกยินดีและชอบที่จะ ประพฤติเลียนแบบกันโดยเฉพาะในกลุ่มเพื่อน¹⁶ ผล เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิกร ดุสิตสิน¹⁷ และภิญณันท์ วิชัยรัมย์¹⁸ ที่พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน คล้ายตาม กลุ่มเพื่อน มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอัน ควรของวัยรุ่นและเยาวชนได้ ในส่วนของพฤติกรรมการ มีเพศสัมพันธ์ที่เช่นกันที่วัยรุ่นจะมีการเลียนแบบเพื่อน รวมถึงการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรม เลี้ยง ทางเพศสัมพันธ์ด้วย ที่วัยรุ่นจะมีการเลียนแบบวิธีการ แก้ปัญหาพฤติกรรมจากคำบอกเล่าของเพื่อนเป็น ส่วนใหญ่¹⁸

การให้ความรู้เรื่องเพศในสถานศึกษา พบร่วมกับ ไม่มีอิทธิพลและไม่สามารถทำนายการรับรู้วิธีการ แก้ปัญหาพฤติกรรมเลี้ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้ อภิรายผลได้ว่า ใน การศึกษาครั้งนี้ ข้อคำถามเกี่ยวกับ การให้ความรู้เรื่องเพศในสถานศึกษา ไม่ได้เน้นเฉพาะเรื่องของการให้ความรู้เมื่อเกิดมีเพศสัมพันธ์ ประกอบกับวิธีการให้ความรู้เรื่อง เพศในสถานศึกษานั้นยังไม่มากพอที่จะกระตุ้นให้เกิด ความตื่นตัวระดับสูงเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และปรับเปลี่ยนทัศนคติให้วัยรุ่นเกิดความเชื่อทางบวกได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรรณาวนิล สุรินทร์ศักดิ์¹¹ ที่พบว่า ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ไม่มีอิทธิพลต่อ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน รวมถึงการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดพฤติกรรมเลี้ยงทางเพศสัมพันธ์ที่ผู้ให้ความรู้ต้องสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ อย่างเปิดเผย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ:

1. **ด้านการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น** จากการศึกษา ครั้งนี้ ผู้ให้การดูแลควรตระหนักร่วมกับประเมินระดับการ รับรู้ของวัยรุ่น และจัดรูปแบบการส่งเสริมเพื่อให้วัยรุ่น มีความเข้าใจที่ชัดเจนและถูกต้องยิ่งขึ้นในเรื่องของการ ป้องกันตนเองเมื่อมีพฤติกรรมเลี้ยงทางเพศ โดยให้ ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมี แนวทางในการสื่อสารเรื่องเพศอย่างเหมาะสม และควร หารูปแบบในการปรับเปลี่ยนค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศใน วัยรุ่น เพื่อนำมาเสริมสร้างแนวทางการป้องกันพฤติกรรม เลี้ยงทางเพศของวัยรุ่นในสังคม

2. **ด้านการวิจัย** จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยทางนิเวศวิทยาเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ยังมี ปัจจัยด้านอื่นอีกมากมายที่ส่งผลต่อการรับรู้วิธีการ แก้ปัญหาพฤติกรรมเลี้ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นดังนั้น ควรเพิ่มการศึกษาตัวแปรในด้านต่าง ๆ ที่สามารถ ทำนายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเลี้ยงทาง เพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตามลักษณะของสังคมไทยที่ เปเลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ควรมีการศึกษารูปแบบที่ เหมาะสมในการสื่อสาร และให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา กับวัยรุ่นโดยเฉพาะในครอบครัวและสถานศึกษา รวม



ถึงศึกษาถึงการปรับเปลี่ยนค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศในวัยรุ่นเพื่อนำมาเสริมสร้างแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในสังคม

3. ด้านการนโยบาย ควรมีนโยบายที่ชัดเจน เกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว การสร้างค่านิยมที่เหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องเพศ และการจัดระบบการศึกษาที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาอย่างทั่วถึงในทุกระดับชั้น เพื่อช่วยเสริมสร้างค่านิยมทางสังคมที่เหมาะสม และช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิต ควรวางแผนแบบโครงการที่จะสามารถให้การช่วยเหลือกับเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที เพื่อเป็นการป้องกันและยุดการเกิดปัญหาต่างๆ ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- สุชาติ อินทรประเสริฐ. เพศของวัยรุ่น. ใน อเนก อาภิพรรค (บรรณาธิการ). เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์ และรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2548.
- สุชาดา สุวรรณ. เพศสัมพันธ์วัยรุ่นอีสาน: ข้อค้นพบจากการวิจัย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2542; 22(1): 20-26.
- สุวรรณ เรืองกาญจน์เรชร์, นลินี จันวิริยะพันธ์, ปานิญา เพียร์วิตร, บริยสุดา เหตระกูล. กุมารเวชศาสตร์: แนวทางนิจฉัยและรักษา เล่ม 1. กรุงเทพฯ: บีคอนด์ เอ็น ท่อร์ไพร์ซ; 2547.
- อุมากรณ์ ตั้งคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ชั้นต้าการพิมพ์; 2543.
- Rice FP. The adolescent: development, relationships, and culture. (9 ed). Needham Heights: Allyn & Bacon; 1999.
- Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
- Cohen J. Quantitative methods in psychology a power primer. Psychological Bulletin 1992; 112(1): 155-159.
- Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton; 1965.
- ฐปนีย์ ตั้งจิตภัตศกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
- วิทยา นาคชัชระ. ตอบปัญหาการเลี้ยงลูกและวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:อมรินทร์บุ๊คเซ็นเตอร์; 2544.
- วรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์. การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
- พิสมัย พนพัตน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา (วิทยานิพนธ์).เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
- ณัฐนันท์ วิชัยรัมย์. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2545.
- Guzmán BL, et al. Let's talk about sex : how comfortable discussions about sex impact teen sexual behavior. Journal Health Community 2003; 8(6): 583-598.
- Gillaspy SR. A test of problem behavior theory with high-risk adolescents and young adults: Effects of peer delinquency, peer attachment, and peer involvement [Online] 2005 [cited 2006 Aug]. Available form: <http://www.proquest.umi.com/pqdweb?did=885711691&Fmt=2&clientId=61838&RQT=309&VName=PQD>
- mana P. คณะトイ. พฤติกรรมทางเพศ. กรุงเทพฯ: องค์กรส่งเสริมทักษะผ่านศีก; 2541.
- นิกร ดุสิตสิน. การศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
- สมพงษ์ โพธิบัติ, พนิษฐา พานิชาชีวงศ์กุล, ลัษณะ ปิยะบัณฑิตกุล . การป้องกันและแก้ไขปัญหารोคเคดส์ในวัยรุ่นโดยใช้รูปแบบการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินอย่างเร่งด่วน: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 29-36.



ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงค่าความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรท่านายกับตัวแปรเกณฑ์ และตัวแปรท่านายกับตัวแปรท่านาย

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1.การรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเลี้ยงทางเพศฯ	1.000						
2.ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ	.334**	1.000					
3.ความนับถือตนเอง	.086	.187**	1.000				
4.ความสัมพันธ์ในครอบครัว	.351**	.227**	.295**	1.000			
5.การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว	.284**	.238**	.159**	.381**	1.000		
6.ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน	-.395**	-.282**	-.019	-.240**	.022	1.000	
7.การให้ความรู้เรื่องเพศในสถานศึกษา	-.081	.005	.105*	.135**	.218**	.333**	1.000

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

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบปกติของตัวแปรท่านายการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมเลี้ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตามกรอบแนวคิดที่กำหนด

ตัวแปรท่านาย	B	SE.B	β	t	p
1.ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ	1.383	.391	.169	-.864	.000
2.ความนับถือตนเอง	-.184	.314	-.027	-.585	.016
3.ความสัมพันธ์ในครอบครัว	.787	.227	.179	3.464	.001
4.การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว	.701	.174	.198	4.016	.000
5.ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน	-.943	.164	-.292	-5.748	.000
6.การให้ความรู้เรื่องเพศในสถานศึกษา	-.165	.157	-.051	-1.048	.295
$R^2 = .293$ Adjusted $R^2 = .281$		$R^2 \text{ change} = .293$		$P = .000$	
ค่าคงที่	37.167	13.726		2.708	.007



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัตราด้วยพหุคูณแบบปกติของตัวแปรที่มีผลต่อการรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพุฒนารมณ์เสียงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตามกรอบแนวคิดที่กำหนด

ตัวแปรที่มีผลต่อ	B	SE.B	β	t	p
1.ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน	-1.013	.152	-.314	-6.656	.000
2.การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว	.674	.173	.190	3.902	.000
3.ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ	1.332	.387	.163	3.444	.001
4.ความสัมพันธ์ในครอบครัว	.718	.218	.163	3.296	.001
$R^2 = .290$	Adjusted $R^2 = .282$	$R^2_{\text{change}} = .021$			P = .000
ค่าคงที่		35.311	12.715	2.777	.006

ดังนั้น สมการถูกตัดโดยที่สามารถทำนายการรับรู้พุฒนารมณ์เสียงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น
คือ $y = b_0 + b_{1x1} + b_{2x2} + b_{3x3} + b_{4x4}$
 $y = 35.31 - 1.013(x_1) + 0.674(x_2) + 1.332(x_3) + 0.718(x_4)$
 $y = \text{การรับรู้วิธีการแก้ปัญหาพุฒนารมณ์เสียงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น}$
 $b_0 = \text{ค่าคงที่ของสมการถูกตัดโดยในรูปของสมการตัวอย่าง}$
 $x_1 = \text{ประสบการณ์ทางเพศในกลุ่มเพื่อน}$
 $x_2 = \text{การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว}$
 $x_3 = \text{ค่านิยมส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่องเพศ}$
 $x_4 = \text{ความสัมพันธ์ในครอบครัว}$



**การพัฒนาการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง:
กรณีศึกษาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
The Research and Development of Student Centered Learning:
Case Study Child and Adolescent Nursing and Practicum Child and Adolescent Nursing**

ทักษิณ ก บัวเจริญ ปร.ด.* ดวงใจ ลิมต์โสกณ กศ.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์การเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และศึกษากระบวนการพัฒนาการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนในปีการศึกษา 2547-2548 ทั้ง 2 รายวิชา จำนวน 194 คน อาจารย์ที่สอนวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 11 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2547- พฤษภาคม พ.ศ. 2549 โดยเครื่องมือวิจัย คือ แนวคิดมาในการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบสอบถามที่สร้างขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟารอนบากช์ได้ 0.95 วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนเดิมในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเน้นการบรรยายของอาจารย์ผู้สอนเป็นหลัก ส่วนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเน้นการจัดการและมอบหมายงานโดยอาจารย์ นักศึกษาให้ความสนใจค่อนข้างน้อยในการเรียน ไม่ได้มีส่วนร่วมหรือตัดสินใจในการวางแผนรูปแบบการเรียนการสอน ซึ่งภายหลังการพัฒนาการเรียนการสอนพบว่า ทั้ง 2 รายวิชาสามารถสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ที่มากขึ้น อาจารย์เป็นผู้ช่วยเหลือและเตรียมความพร้อมของตนเองในการถ่ายทอด ค้นหาความรู้ใหม่ ๆ มากขึ้นกว่าเดิม เนื้อหาการสอนถูกปรับให้มีกรรณิค์ศึกษาและสามารถนำไปใช้ได้ในการฝึกปฏิบัติงานบนห้องผู้ป่วย ส่วนนักศึกษามีโอกาสเลือกหัวข้อที่สนใจ ทำการศึกษาค้นคว้า นำเสนอในชั้นเรียน มีความรู้ที่ลึกซึ้งตามเรื่องที่มีขอบoundary ทำให้เกิดการเตรียมพร้อมก่อนเข้าเรียน และเตรียมใจก่อนเข้าชั้นเรียน ทั้งนี้การสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สามารถสร้างผลลัพธ์จากการเรียนคือ การเขียนแผนที่ความคิดสามารถต่อยอดความคิดของการเรียนรู้ กระบวนการกลุ่มที่สร้างความเข้าใจในเนื้อหาที่เรียนจนส่งผลให้นักศึกษาเกิดโอกาสการเรียนรู้ เกิดการปรับตัว สร้างนิสัยที่ดีและรักการอ่านมากขึ้น แต่ก็มีผลลัพธ์ของการสอนแบบนี้ สอนได้บางหัวข้อ ถ้านักศึกษากลุ่มใหญ่ก่อการเรียนค่อนข้างบุนaware ส่วนอุปกรณ์พร้อมสื่อทันสมัยในการเรียน แต่ห้องเรียนไม่เหมาะสมทำกิจกรรม การประเมินผลควรทดสอบความรู้ก่อนหลังได้ผลดี ถ้าเฉลี่ยจะช่วยให้เข้าใจดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



Abstract

This research and development aimed to address a student centered learning situation and to analyze the process of development in child and adolescent nursing subject and practicum child and adolescent nursing subject, which were a subject in the nursing curriculum for junior students enrolling in the second semester of the academic year of 2004–2005. The sample consisted of 194 nursing students, 11 clinical instructors. The research was conducted during October, 2004 until May, 2006. The instruments used in this study consisted guideline of focus group, in-depth interview, and questionnaire. This questionnaire was 0.95 of Coeffeicientcy's Cronbach's Alpha. The quantitative data were analyzed using the SPSS+PC software program such as mean, and standard deviation, and the qualitative data were analyzed through content analysis.

Child and Adolescent Nursing old situation was lectured in the classroom. In otherwise Practicum Child and adolescent nursing was managed and assigned by teacher. Students were raring attention, no co-operation in decision making to plan pattern of learning. After learning development process, both subjects could be created more learning atmosphere, facilitators by teacher, adjust contents to fit practicum in ward. Students could be choose the topic for learning, searching by themselves, present in the classroom, deep knowledge in own topic, prepare themselves before start class. A student centered learning situation were clinical instructors were prepared themselves for searching a new knowledge, preparing contents before teach, reviewing content to apply in practice. Nursing students was received deep knowledge depend on assigned topic. All students must be prepared knowledge, book, and mind before study. The student centered learning technique in which mind mapping could be established their system thinking. Group processing could be clarified concept in subjects. In other way, this technique was affected such as a big group among students affected a noise class, some topic was not appropriated to study, feature of classroom were very difficulty for this activity. Through high technology equipment must be requirement.

Keywords: student centered learning, child and adolescent nursing; practicum child and adolescent nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปฏิรูปการศึกษาเน้นการจัดการศึกษาแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและพัฒนากระบวนการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ซึ่งได้กำหนดไว้ในหมวดที่ 4 ที่เน้นแนวทางการจัดการศึกษาผู้เรียนเป็นสำคัญว่า การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้ สามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเติมศักยภาพ¹ ก่อปรับเปลี่ยนภาระการศึกษาที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางเช่นว่า การศึกษาต้องพัฒนาผู้เรียนในทุกด้าน ต้องจัดให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามความสนใจ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีสิทธิและเสรีภาพที่จะเป็นผู้เลือกครุเป็นเพียงผู้กระตุ้นส่งเสริมการเรียนรู้ และมีการปรับปรุงเน้นให้ทุกคนร่วมคิดพิจารณาเพื่อแก้ปัญหา^{2,3} ซึ่ง

สอดคล้องปรัชญาบัณฑิตคณาจารย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่เชื่อว่า การจัดการศึกษา ตั้งกล่าวสามารถทำให้ผลลัพธ์ทางการเรียนสูงกว่า การเรียนแบบปกติ เนื่องจากผลการสอบความรู้เพื่อเข้าทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพยาบาลและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯของบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2541 จนถึงปี พ.ศ. 2548 ระดับคะแนนร้อยละของผู้ที่สอบผ่านวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำลงจากร้อยละ 77.46 เหลือร้อยละ 25.69^{4,5} อีกทั้งวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นมีธรรมชาติของรายวิชาที่ผู้เรียนต้องดูแลทั้งเด็กและครอบครัว เพราะเด็กอยู่ในวัยแห่งการพึงพิง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยครอบครัวจำเป็นต้องดูแล



ผู้เรียนจึงต้องมีองค์ความรู้ในการสร้างประสบการณ์การฝึกคิดอย่างมีเหตุผล ฝึกรวมข้อมูลและสร้างความรู้ด้วยตนเองนกทิศภาพจากความรู้และสามารถนำไปใช้ได้ดังนี้ การศึกษาสถานการณ์การเรียนการสอน และวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สามารถสร้างแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอน พัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของนักศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาสถานการณ์การเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
- เพื่อศึกษาระบวนการพัฒนาการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นจากการยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขั้นสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา: ผู้วิจัย เตรียมเอกสารและตีกษาประมวลการสอน เอกสาร ประกอบการสอน ทั้ง 2 รายวิชา เพื่อวิเคราะห์เอกสาร ทำการสัมภาษณ์และสัมภาษณ์อาจารย์จำนวน 11 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 115 คน ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้น นำข้อมูลทุกส่วนมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อเป็นการสรุป สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนเดิม

2. ขั้นกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา และพัฒนา การเรียนการสอน: ผู้วิจัยซึ่งแจงแก่นักศึกษาเรื่องกระบวนการเรียนผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประชุมซึ่งแจงทีมผู้สอนเพื่อ หาแนวทางการแก้ไขปัญหาของทั้ง 2 รายวิชา จนได้วิธีการแก้ไข 4 วิธีการ คือ กระบวนการพัฒนาทีมผู้สอน กระบวนการสอนแบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง กระบวนการจัดกิจกรรมในห้องปฏิบัติการพยาบาล และกระบวนการพัฒนาเอกสารการสอน จัดทำแนวทางในการจัดการเรียนการสอน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

3. ขั้นดำเนินการ: ดำเนินกิจกรรมการเรียน การสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง แนวทางการแก้ไข ปัญหา เครื่องมือ คือ แนวทางการสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษา

4. ขั้นประเมินผลและวางแผนใหม่: ผู้วิจัย แจกแบบสอบถามความพึงพอใจนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 79 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำผลการดำเนินการและ ความพึงพอใจมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสรุปสถานการณ์ การเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และ กระบวนการพัฒนาการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นจาก การยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จากนั้นสรุปเป็นข้อเสนอ แนวทางในการวางแผนจัดการเรียนการสอนในปีต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคิดในการ สนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึกที่ผ่านการตรวจ สอบของผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ และ แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอน โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผ่านการตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอน และทดสอบความเชื่อมั่น จากสัมประสิทธิ์อัลฟารอนบชาได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95 แบบสอบถามมีจำนวน 35 ข้อ ตามแนวคิดการ ประเมินการจัดการเรียนการสอน 4 ด้าน คือ ห้องเรียน ผู้สอน เนื้อหารายวิชา วิธีการสอน การวิเคราะห์ทาง สถิติโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการแปล ผลการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาใน การแปลผลสร้างเป็นข้อสรุปวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การเรียนการสอน พนวฯ ใน รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มีการจัดการเรียน การสอนที่อาจารย์ตั้งค่านตั้งคิด ตั้งรับผิดชอบวางแผน เฉพาะงาน เน้นการบรรยายจากอาจารย์เป็นหลัก กิจกรรม การเรียนการสอนส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่อาจารย์ จัดและมอบหมายงานให้ตามชั้วโมงของการเรียน นักศึกษาไม่ได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผนในการเลือก หัวข้อที่สนใจเอกสารประกอบการสอนมีโครงสร้างหัวข้อ ส่วนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การเตรียม นักศึกษาชั้นบนหอผู้ป่วยโดยไม่ได้มีการสาธิตหรือ สาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการพยาบาลที่ห้องปฏิบัติการ



พยาบาล กิจกรรมการประชุมกรณีศึกษาที่กระตุ้นการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาร่วมกันมีไม่ครบถ้วนกลุ่ม และยังไม่มีการรวมรวมเอกสารประกอบการสอนนักศึกษามีความพึงพอใจภาพรวมในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.39 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58)

2. แนวทางการพัฒนาการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้

2.1 กระบวนการพัฒนาที่มีผู้สอน ก็ได้ขึ้นจากการประเมินของคณาจารย์ในกลุ่มวิชาการพยาบาล แม่และเด็ก โดยขึ้นตอนในการพัฒนาวิธีคิดในการปรับการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง คือ ผู้วิจัยนำเสนอบทสรุปจากการประชาพิจารณ์ในหลักสูตรใหม่ รวมกับผลการประเมินการเรียนการสอนในปีการศึกษา 2546 และ 2547 ให้ประธานรายวิชาและเลขารายวิชาได้พิจารณาและปรึกษาหารือก่อนนำเสนอ ก่อนเข้าสู่กระบวนการประชุมของกลุ่มวิชาฯ ประธานวิชา กรรมการวิชา และเลขารายวิชาได้ร่วมกันร่างประมาณการสอนในรายวิชา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยปรับเนื้อหาของประมาณการสอนตามข้อเสนอแนะจากการประชุมของคณะกรรมการบริหาร หลักสูตรฯ และให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ประธานวิชานำเสนอเข้าสู่วาระของการประชุมของกลุ่มวิชาการพยาบาลแม่และเด็กในแต่ละเดือน เพื่อหาข้อสรุปและสร้างข้อตกลงลดอุดจัน แนวทางในการดำเนินการของแต่ละรายวิชา ซึ่งในแต่ละรายวิชาใช้เวลาในการประชุมแต่ละตั้งกันกล่าวคือ วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นใช้ระยะเวลาในการเข้าที่ประชุมประมาณ 5 ครั้ง วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นใช้ระยะเวลาในการเข้าที่ประชุมประมาณ 8 ครั้ง ทำการเรียนบทสรุปจากการปรับแก้ประมาณรายวิชา ตามมติของที่ประชุมให้คณาจารย์ประจำกลุ่มวิชาร่วมลงมติรับรองประมาณรายวิชา นำประมาณรายวิชาที่ผ่านการรับรองของคณาจารย์ในกลุ่มวิชาการพยาบาลแม่และเด็กนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร หลักสูตร คณะกรรมการศาสตร์

ผลจากการบันการพัฒนาที่มีผู้สอนล่วงผลให้คณาจารย์ในกลุ่มวิชา มีความกระตือรือร้นในการเตรียมและปรับประมาณการเรียนการสอนล่วงหน้าก่อนในปีการศึกษาต่อไป มีการวางแผนการเรียนตำราและทำผลงานวิชาการ

2.2 กระบวนการจัดวิธีการสอนแบบ

ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง คือ 1) ขั้นวางแผนการจัดการเรียนการสอน ในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เช่น การเรียนการสอนแบบจี๊ดซอฟ์ การเรียนการสอนแบบการสืบค้น และในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เช่น การเรียนการสอนแบบสัมมนา การเรียนการสอนแบบสาธิตย้อนกลับ การเรียนการสอนแบบอภิปรายกรณีศึกษา 2) ขั้นเตรียมความพร้อม โดยให้นักศึกษาเลือกสมาชิกและแบ่งกลุ่มครอบครัวของตนเอง จากนั้นอาจารย์จัดทำใบงานในบทเรียนที่ต้องการจัดการเรียนการสอนแบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และแจกใบงานล่วงหน้า 1 สัปดาห์พร้อมให้แหล่งในการสืบค้นแก่กลุ่มครอบครัวและกำหนดอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม จากนั้นให้นักศึกษาแบ่งความรับผิดชอบและดำเนินเตรียมความพร้อมก่อนการทำกิจกรรมในวันที่มีการเรียนการสอน 3) ขั้นดำเนินการในชั้นเรียน อาจารย์มีการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะของการสอนแบบจี๊ดซอฟ์ การเรียนการสอนแบบการสืบค้น นักศึกษาดำเนินกิจกรรมในกลุ่ม ตอบคำถามตามใบงาน และอภิปรายในกลุ่มเพื่อหาข้อสรุปตามใบงาน และจัดทำแผนภาพความคิดในเรื่องที่ทำการศึกษา จากนั้นให้ทุกกลุ่มนำเสนอผลการศึกษาและมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน อาจารย์ทำการสรุปประเด็นที่สำคัญของเนื้อหา 4) ขั้นประเมินผล โดยอาจารย์มีการจัดทำแบบทดสอบความรู้ภายหลังจากการสอนกลุ่ม และทำการประเมินผลความรู้ในการสอบกลางภาคและการสอบปลายภาค โดยผลการสอบต้องผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 60 ถ้าหากศึกษาสอบไม่ผ่านตามเกณฑ์จะมีการพัฒนาความรู้โดยการสอบด้วยข้อสอบคู่ขนาน การสอบปากเปล่า การทำรายงานพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษา

2.3 กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ห้องปฏิบัติการพยาบาล มีการเรียนการสอนแบบสาธิตย้อนกลับที่ห้องปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยมีการวางแผนร่วมกันในทีมผู้สอน วางแผนจัดกิจกรรมการทดสอบความรู้ก่อนบทหวานความรู้ วางแผนการจัดกิจกรรมการสาธิตย้อนกลับตามเทคนิคการพยาบาลที่พบบ่อยเป็นสถานีความรู้โดยให้นักศึกษาแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ เล็ก ๆ ละ 8 คน



ให้อาจารย์สาธิตสถานีความรู้สั 30 นาที จากนั้นมีในงานให้นักศึกษาจับฉลากทดสอบความรู้ในสถานีความรู้ที่เลือกได้ และอาจารย์ขอนกลับกับอาจารย์ประจำสถานีความรู้นั้นๆ และกิจกรรมการสอบประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยมีการประชุมปรึกษาหารือหลังการฝึกปฏิบัติงานวันสุดท้ายโดยได้ให้นักศึกษานำเสนอกรณีที่สนใจเป็นแผนที่ความคิดพร้อมอภิปรายร่วมกัน

2.4 กระบวนการพัฒนาเอกสารประกอบการสอน ผลจากการดำเนินกิจกรรมและเข้าใจสถานการณ์การจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษา 2547 ส่งผลให้คณาจารย์ในรายวิชาเริ่มพัฒนาเอกสารประกอบการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น มีการตั้งตัวและปรับแบบแผนการพยาบาลประจำวัน แผนการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนักศึกษาในคลินิกสุขภาพเด็กดี และหอผู้ป่วยทุกแห่งล้วนฝึกมีการวางแผนการปรับและเขียนคำว่าในวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และวางแผนการทำวิจัยในปีการศึกษา 2548

3. ผลการดำเนินการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางพบว่า

1) **วิธีการสอนที่เน้นการคิด:** วิธีการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางทั้ง 2 รายวิชาเกิดขึ้นจากกิจกรรมการเรียนรู้จากการเขียนแผนที่ความคิด เพื่อต่อยอดความคิดระหว่างนักศึกษาและอาจารย์ กิจกรรมกลุ่มนักศึกษาในกลุ่มและต่างกลุ่มช่วยกันทำความเข้าใจในเนื้อหาที่เรียนได้ดียิ่งขึ้น จึงส่งผลให้นักศึกษาเกิดโอกาสการเรียนรู้ เกิดการปรับตัว สร้างนิสัยที่ดีและรักการอ่านมากขึ้น แต่วิธีการสอนแบบนี้ สอนได้บางหัวข้อถ้าหากนักศึกษากลุ่มใหญ่การเรียนค่อนข้างวุ่นวายไม่สามารถสรุปเนื้อหาการเรียนได้ และวิธีการนี้ยังสร้างนิสัยให้นักศึกษามีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของตนเองก่อนเข้าเรียน “*Mapping* ต่อยอดความคิด”

จากกิจกรรมการเรียนรู้ที่ทางรายวิชาได้จัดให้มีการทำแผนภาพความคิดสรุปสิ่งที่นักศึกษาได้เรียนรู้ในแต่ละหัวข้อประมาณ 1 แผ่น ทำให้นักศึกษาสามารถนำแผนภาพความคิดนี้ไปสู่การอ่านหนังสือในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องได้อย่างตรงประเด็น “รู้เรื่องเฉพาะตัวเอง...รวมกลุ่มถึงเข้าใจ” ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์

ก่อนเข้าชั้นเรียน นักศึกษาจะได้รับมอบหมายใบงานในการทำกิจกรรมนักศึกษา โดยนักศึกษาส่วนใหญ่ทำความเข้าใจเพียงหัวข้อที่ตนเองรับผิดชอบทำความเข้าใจเท่านั้น ในหัวข้ออื่น ๆ สมาชิกในกลุ่มจะได้รับการอธิบายได้บ้างแต่ไม่ลึกซึ้งเท่าการทำความเข้าใจด้วยตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่นักศึกษามองว่า เพื่อนร่วมชั้นยังไม่มีความชำนาญมากพอที่จะต้องอธิบายและชักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจได้ลึกซึ้ง เพราะศักยภาพของนักศึกษาในชั้นเรียนที่มีพื้นฐานความรู้ไม่เท่ากัน “เรียนทีละน้อย...ปรับตัวเร็ว ๆ” วิธีการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางเป็นวิธีการที่ล้วงบรรยายศาสตร์ของการเรียนรู้อย่างสอดแทรก ปรับธีมติดในการเรียนแบบเติม ๆ ที่ต้องนั่งฟังการบรรยาย วิธีการนี้สามารถสร้างบรรยายศาสตร์ในการกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการปรับตัวอย่างรวดเร็วในการอ่าน การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการคิดเป็นระบบได้ “สร้างนิสัย...รักการอ่าน”

นอกจากสภาพปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากวิธีการเรียนสอนนี้แล้วยังพบว่า วิธีการนี้สามารถพัฒนาศักยภาพนักศึกษาให้เกิดทักษะและนิสัยในการรักการอ่านอีกด้วย “สอนได้บ้างหัวข้อ” อาจใช้สอนได้ในบางหัวข้อของวิชาโดยเฉพาะหัวข้อที่ไม่มีเรื่องพยาธิสภาพหรือกลไกการเกิดโรค หรือถ้าเป็นเรื่องโรคที่เชื่อมโยงกับการพยาบาลในผู้ป่วยจะช่วยให้ภาพของการเรียนเป็นไปตามสิ่งที่ผู้เรียนต้องการอย่างแท้จริง ส่วนหัวข้อการสอนที่มีการวิเคราะห์กรณีศึกษาเป็นหัวข้อที่เหมาะสมกับวิธีการสอนแบบนี้ให้ประสบความสำเร็จ “กลุ่มใหญ่ วุ่นวาย” จำนวนสมาชิกในกลุ่มมีจำนวนมากถือว่าเป็นอุปสรรคในการจัดการเรียนการสอนตามวัตถุประสงค์ของรายวิชา เนื่องจากสมาชิกที่มีจำนวนมากเกินไปทำให้กระบวนการกรุ่นไม่ประสบความสำเร็จ สมาชิกในกลุ่มไม่มีการศึกษาและปฏิบัติตามในงานอย่างจริงจัง จึงส่งผลให้สภาพการทำงานกลุ่มในห้องค่อนข้างวุ่นวายเสียงดังทำให้สมาชิกในการทำงานลดลง เวลาในการทำกลุ่มมีจำนวนน้อยเกินไปทำให้นักศึกษาไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาได้ทั้งหมด “เตรียมตัว และเตรียมใจ” เนื่องจากการวิธีการเรียนการสอนในลักษณะนี้ต้องทำใบงานแจกก่อนเข้าห้องเรียน ดังนั้นนักศึกษาจึงมีเวลามากในการอ่านเนื้อหาเพื่อเตรียมตัวในการเข้าชั้นเรียน นักศึกษาจึงต้องใช้เวลาอ่านออกตารางสอนทำการเตรียม



พร้อมก่อนเข้าห้องเรียนทุกครั้ง ทั้งนี้การเรียนในหลักสูตรของพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษาให้เวลา ส่วนใหญ่จะขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งการเรียนวิชาทุกภาระจะได้รับการจัดให้เรียนในระยะเวลา 1-2 เดือนก่อนการออกฝึกปฏิบัติงาน

2) ความพร้อมของอาจารย์ อาจารย์ ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการถ่ายทอด ค้นหา ความรู้มากขึ้น ต้องปรับเนื้อหาการสอนให้สามารถนำไปใช้ได้ในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ก่อร่วมคือ “เตรียมพร้อมถ่ายทอดความรู้เช่น” อาจารย์ส่วนใหญ่มีทักษะในการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยสร้างกระบวนการเรียนรู้จากการสอดแทรกปรับเปลี่ยน ให้นักศึกษาเปลี่ยนความคิดในการสอนแบบเดิม ๆ ที่ฟังการบรรยาย โดยเปลี่ยนโอกาสให้นักศึกษาซักถาม ปัญหาและข้อสงสัยได้ทันที อาจารย์ทุกท่านต่างมีทัศนคติและพร้อมในการถ่ายทอดความรู้ มีความรู้ มีทักษะในการใช้เทคนิคในการสอนหัวข้อที่ทำกิจกรรมได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นอาจารย์ยังสามารถสร้างบรรยากาศในชั้นเรียนโดยการกระตุนให้นักศึกษาเกิดการปรับตัวอย่างรวดเร็วในการอ่าน การค้นคว้า การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการคิดเชิงระบบได้

3) สอนตามธรรมชาติของเนื้อหา เนื้อหาในการสอนจะถูกปรับให้เหมาะสมกับวิธีการสอนแบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยนักศึกษาจะได้รับความรู้ที่ลึกซึ้งเฉพาะเรื่องที่มอบหมายและสามารถนำไปใช้ในเวลาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นได้ก่อร่วมคือ “จุดเน้นเนื้อหาตามวิธีการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน” เนื้อหาในรายวิชาทั้ง 2 รายวิชานักศึกษาได้ครบตามวัตถุประสงค์ของรายวิชา แต่เนื้อหาที่สามารถสอนโดยวิธีการยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางควรไม่ยกไปขั้นตอน และเป็นเรื่องของพยาบาลเพื่อช่วยให้เวลาคิดวิเคราะห์ตามทุกภาระได้ชัดเจน “นำไปใช้ได้ในวอร์ด” เนื้อหาของรายวิชาที่อาจารย์นำมารักษาจัดการเรียนการสอนแบบยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้นสามารถช่วยเป็นแนวทางในการใช้ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว ง่าย เนื่องจากเนื้อหาต่าง ๆ ได้ผ่านกระบวนการทำความเข้าใจเบื้องต้น มีการสรุปย่อความและสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญอย่างชัดเจนโดยทราบว่ามีคำสำคัญใดบ้างที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อนั้น ๆ ผลงานที่เกิดขึ้นเปรียบ

เสมือนเป็นสมุดย่อความในการนำไปใช้ได้จริง

4) อุปกรณ์ สื่อ อุปกรณ์พร้อมสื่อทันสมัยในการเรียน แต่ห้องเรียนไม่เหมาะสมทำกิจกรรมกล่าวคือ นักศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า สื่อในการเรียนทั้ง 2 รายวิชา มีอุปกรณ์ครบในห้องเรียน ทันสมัย มีสื่อทางคอมพิวเตอร์ครบทุกห้องที่เรียน แต่หมุนมองของอาจารย์มองว่า สื่อการสอนในรูปแบบของวิดีโอ ซึ่ดี มีจำนวนน้อย และขาดสื่อประเภทของสื่อการเรียนรู้ ด้วยตนเอง ส่วนห้องเรียนและบรรยากาศในการเรียน ร่างเห็นตระหง่านว่า ห้องเรียนไม่เหมาะสมสมกับการจัดกิจกรรม เก้าอี้บางห้องไม่สามารถหมุนเพื่อทำกิจกรรม

5) การประเมินผล นักศึกษาและอาจารย์ ต่างมองเห็นว่า การประเมินผลด้วยข้อสอบการวัดความรู้ควรให้เวลาในการทำข้อสอบให้มากขึ้น ควรมีการนำเสนอคะแนนเพื่อให้นักศึกษาได้เกิดการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ซึ่งนักศึกษาต้องการให้มีการเฉลยข้อสอบโดยละเอียดเพื่อจะช่วยให้เข้าใจดียิ่งขึ้น ส่วนการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาควรประเมินผลให้ครบถ้วนหัวข้อ และอาจารย์ผู้จัดการจะประเมินจากลิสท์นักศึกษาคิดเป็นเป็นมากกว่าผลลัพธ์ของกิจกรรม

6) ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง พบร่วมนักศึกษามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดต่อการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในเรื่อง ทีมอาจารย์มีความสามารถในการสอน (ค่าเฉลี่ย 4.49 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58) เนื้อหารายวิชาที่กำหนดให้เหมาะสมกับวิธีการสอน (ค่าเฉลี่ย 4.41 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61) จุดมุ่งหมายของรายวิชาเหมาะสมกับวิธีการสอน (ค่าเฉลี่ย 4.39 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63) ความครบถ้วนของเนื้อหาในแต่ละบทเรียน (ค่าเฉลี่ย 4.39 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65) และอาจารย์มีความสม่ำเสมอในการตรวจงานของนักศึกษา (ค่าเฉลี่ย 4.30 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65)

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

1.1 บรรยากาศของการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในรายวิชาการพยาบาล



เด็กและวัยรุ่นและวิชาปฎิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นสามารถสร้างบรรยายการในการเรียนรู้ด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี และมีจุดเด่นที่การสร้างวิธีคิดเชิงวิพากษ์ การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง สามารถนำแผนที่ความคิดที่ได้ไปใช้เวลาที่ไปปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ออมลวรรณ วีระธรรมโม และคณะ⁶ พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบการคิดวิเคราะห์จะสามารถพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กหลังการเรียนรู้ได้ดีขึ้นกว่ารูปแบบการเรียนรู้อื่นๆ และสอดคล้องกับเจym jit แสงสุวรรณ⁷ รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีจุดเด่นอยู่ที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอยู่ในระดับสูงมาก ล้วนบรรยายศาสตร์ของอาจารย์ต้องเน้นการบริหารจัดการที่รวดเร็ว มีการเตรียมความพร้อมในการถ่ายทอด คืนหาความรู้ให้มากขึ้น และเลือกเนื้อหาให้เหมาะสมกับวิธีการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของตักดา ทรงพญาวัญเมือง⁸ การบริหารการจัดการเรียนการสอน ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง คุณภาพการจัดการเรียนการสอน พัฒนาบุคลากร กำกับ ติดตาม สนับสนุนให้กำลังใจ วิเคราะห์เนื้อหา จุดประสงค์การเรียนรู้ แผนการสอน การสอน แหล่งวิทยากร บรรยายศาสตร์ทางกายภาพ สื่อการเรียนการสอน การวัดผล ประเมินผลและการวิเคราะห์ความก้าวหน้า จะมีสภาพการบริหารของงาน มีการวางแผน โครงการพัฒนา การจัดการเรียนการสอนและบุคลากรตลอดจนการนิเทศ ติดตาม มีการสนับสนุนให้ผู้สอน และผู้เรียนมีส่วนร่วม ต่อการเตรียมแผนการสอน บรรยายศาสตร์ทางการเรียนรู้ แหล่งความรู้ สื่อการเรียนการสอน และการวัดผล ประเมินผล เพื่อวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้เรียน

1.2 ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้นส่วนใหญ่เกิดจากทีมอาจารย์มีความสามารถในการสอน เนื้อหารายวิชาที่กำหนดให้เหมาะสมกับวิธีการสอน และวิธีการสอนกระตุ้นให้คิดและตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับมนตรี แย้มกสิกธ⁹ ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาระบบการคิดเชิงระบบของนิสิต ระดับปริญญาตรี โดยกระบวนการเรียนจะเกิดข้อขัด

แย้งกันข้า ค้นคว้าข้อมูล เพิ่มพูนปัญญา เสริมความล้มิติ เสนอความคิดกลุ่มใหญ่และสร้างความมั่นใจร่วมกัน ผลการประเมินประลักษณ์ภาพรูปแบบการสอนด้วยรูปแบบ การสอนเพื่อพัฒนาความคิดเชิงระบบ และนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอน ที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก

2. ผลกระทบของการพัฒนาการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นจากการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียน เป็นศูนย์กลางสะท้อนให้เห็นจุดเด่นของทีมอาจารย์ ผู้สอนที่มีกระตือรือร้น สนใจเอาระบกไว้แก้ไขปัญหา มีระบบการคิดวางแผนในการทำงานอย่างสอดคล้อง ทั้งวิชาชีวะและวิชาปฎิบัติโดยมุ่งหวังให้นักศึกษา มีระบบการคิดที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการวิจัย ในชั้นเรียนที่มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนให้เกิดผลดีที่สุดด้วยตัวครูเอง¹⁰ และตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542¹ กล่าวว่า ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สอนสามารถจัดบรรยายศาสตร์และสภาพแวดล้อม สื่อการเรียนและสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความรอบรู้ และใช้การวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ ทั้งนี้ผู้สอนและผู้เรียนอาจเรียนรู้ไปพร้อมกัน จากการเรียนการสอน และแหล่งวิทยาการประเภทต่างๆ สอดคล้องกับ Ming Ming Chiu¹¹ ที่กล่าวว่า การใช้อุปกรณ์สื่อที่ทันสมัย และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้การเรียนการสอนมีการเรียนรู้ที่ดีขึ้น^{12,13,14}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางแผนให้โอกาสนักศึกษาได้เลือกหัวข้อในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เป็นศูนย์กลาง
2. ให้เพิ่มเติมแหล่งศึกษาค้นคว้าทางอินเตอร์เน็ต รายชื่อหนังสือที่อ้างอิงล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์
3. อาจารย์ควรชี้แจงและให้ข้อเสนอแนะวิธีการเขียนแผนภาพความคิดให้นักศึกษา ก่อนการรวมกลุ่มลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามใบงาน
4. ควรนำกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นนำไปใช้ในรายวิชาอื่น ๆ ที่ต้องการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง



กิตติกรรมประจำปี

ขอขอบคุณคณาจารย์ในกลุ่มวิชาการพยาบาล แม่และเด็ก นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ ขอบคุณคณาจารย์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่สนับสนุนงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองวิจัยทางการศึกษา กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. วิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศึกษา; 2542.
2. วัฒนาพร ระงับทุกข์. แผนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ: วัฒนาพาณิช; 2541.
3. Beth CR, Makeba J. Student Action Research: Reaping the Benefits for Students and School Leaders. National Association of Secondary School Principals Bulletin 2007; 91(4): 363-378.
4. คณะพยาบาลศาสตร์. เอกสารประเมินตนเองคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติปีการศึกษา 2546. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2546. (เอกสารอัดสำเนา).
5. คณะพยาบาลศาสตร์. เอกสารประเมินตนเองคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติปีการศึกษา 2547. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2547. (เอกสารอัดสำเนา).
6. ออมควรรณ วีระธรรมโน และคณะ. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ในการประชุมทางวิชาการ การวิจัยทางการศึกษา ครั้งที่ 11 วันที่ 26-27 สิงหาคม 2548. ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ. หน้า 522-528; 2547.
7. เจียมจิต แสงสุวรรณ. การประเมินรูปแบบการเรียนการสอนเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางวิชาปฏิบัติ การพยาบาล 3 สายการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2547; 27(2): 41-52.
8. ศักดา ทรัพย์ชัยเมือง. การบริหารงานการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา จังหวัดปทุมธานี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2543.
9. มนตรี แย้มกสิกิริ. การพัฒนารูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาระบวนการคิดเชิงระบบของนิสิตระดับปริญญาตรี สาขาวเทคโนโลยีทางการศึกษา. ในการประชุมทางวิชาการการวิจัยทางการศึกษา ครั้งที่ 11 วันที่ 26-27 สิงหาคม 2548. ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ. หน้า 539-544; 2545.
10. สุวิมล ว่องวนิช. การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธารการพิมพ์; 2548.
11. Ming Ming Chiu. Adapting Teacher Interventions to Student Needs During Cooperative Learning: How to Improve Student Problem Solving and Time On-Task. American Educational Research Journal 2004; 41(2): 365-399.
12. James MC, Deborah ER. Student Attitudes Toward College Courses: An Examination of Influences and Intentions. Journal of Marketing Education 2006; 28 (2): 135-148.
13. พิชญ์ลินี มงคลศิริ. ความแตกต่างในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกระหว่างนักศึกษาสาขาวิชาการพยาบาลกับนักศึกษาสาขาวิชานาม ในเขตจังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(3): 64-72.
14. จุฬาภรณ์ โสตะ, พรหพิพ คำพอ, ภาณี ฤทธิ์มาก, ณัชชานนท์ เขมาดา. แนวทางการพัฒนาการสอน แทรกการเสริมสร้างสุขภาพในการเรียนการสอน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 68-75.



การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรัง : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์

Development of a Holistic Continuing Care Model for Elderly with Chronic Illnesses : A Case Study in One Tertiary Care Hospital

อัมพรพรรรณ อีรานุตร ปร.ด.*** คลาวัฒน์ แสนโนม MSN**
นางสักขณ์ เมธากัญจน์ศักดิ์ PhD.* วราชนา รายสูงเนิน PhD*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 ห้องผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 58 คน แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 60 คน มีระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนเมษายน 2551 ถึง เมษายน 2552 แบ่งชั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนข้อมูลในระเบียนประวัติและฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ร่วมกับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ในพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย และการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ระยะที่ 2 เป็นการนำผลที่ได้จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 นำเสนอท่อนข้อมูลและระดมสมองในกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยในรูปแบบของการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล แห่งนี้ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) การพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการ 2) การพัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิก 3) การพัฒนานวัตกรรมในการดูแลต่อเนื่อง และทั้ง 3 ปัจจัยส่งผลต่อผลลัพธ์ที่บ่งบอกคุณภาพการบริการในการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลภายใต้เงื่อนไขของการดำเนินการที่สำคัญ คือ การประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารและการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ระยะที่ 3 เป็นการนำรูปแบบที่ได้จากระยะที่ 2 ไปทดลองปฏิบัติจริงในระบบการดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพพัฒนานำร่องได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโดยคร่าวเรื่องเรื่องต่อไป ได้แก่ 1) กระบวนการรับและประเมินผู้ป่วยสูงอายุ 2) กระบวนการรักษาและดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 3) กระบวนการติดตามและประเมินผล ระยะที่ 4 เป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของระยะที่ 3 ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินผลว่าได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกัน รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่ผู้วิจัย

* รองศาสตราจารย์คณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** อาจารย์คณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



พัฒนาขึ้นได้ช่วยทำให้เกิดช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในระยะต่อไปควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าวและควรขยายผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่พัฒนาและประเมินผลแล้วไปปรับใช้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอีก ฯ ต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

Abstract

This participatory action research was conducted with the aim to develop a holistic continuing care model for the elderly with chronic illnesses in one tertiary care hospital in northeastern Thailand. Key informants included 58 registered nurses and three physicians who cared for the elderly in four medical wards in the hospital and 60 elderly patients with chronic illnesses and their caregivers. The study was conducted during April 2008 and April 2009 and was carried out in four phases. Phase 1 was a situational analysis conducted to assess problems associated with the continuing care of elderly with chronic illnesses. In this phase a data collection was done through 1) reviews of patients' medical records and the hospital database, 2) interviews and focus group discussions with the nurses and the physicians who were caring for the patients, 3) in-depth interviews and focus group discussions with the patients and their caregivers, and 4) open-ended questions among the registered nurses. In the second phase, the interdisciplinary team reflected the information obtained from Phase 1 to develop a holistic continuing care model for elderly with chronic illnesses. Results revealed that in order to achieve optimum outcomes of continuing care quality, and effective cooperation, communication and referral for this hospital, the newly developed continuing care model needed to rely on three key factors. These factors were 1) enhancement of the healthcare provider competency, 2) establishment of the clinical database, and 3) development of the continuing care innovations. Then the third phase was conducted by the interdisciplinary team to develop a continuing care model that spanned the care from admission to discharge and home visits afterward. Due to the project time constraint, the rearearch team could only select one chronic illness, chronic renal failure, to test the model. Therefore, a group of elderly with chronic renal failure who came to receive care during the time of project implementation were additionally invited to join the study. In addition, the working team developed 1) a discharge planning documentation form for patients with chronic renal failure using the DMEETHOD model, 2) a chronic renal failure discharge planning assessment form that delineated the role of interdisciplinary healthcare providers and designated a five-day admission duration, and 3) a self-care handbook for the patients and caregivers. Lastly, the fourth phase of the study was conducted to evaluate the outcome from Phase 3. Patient outcomes evaluation confirmed the effectiveness of this continuing care model and discharge planning. As a result, it is recommended that the next phase of the project should address this issue. After the model has been extensively evaluated and improved, a replication of the model should be done for elderly with other chronic illnesses.

Keywords: continuing care, discharge planning, chronic illnesses, elderly



ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วส่งผลให้เกิดการลดสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและเพิ่มสัดส่วนวัยแรงงาน และเป็นเหตุให้เกิดการคาดการณ์ว่าอีกประมาณ 10 ปี ข้างหน้านี้ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุซึ่งจะมีประชากรสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด ผลกระทบความสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เนื่องมาจากการเสื่อมของร่างกาย ได้แก่ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยและทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลก็มักจะประสบปัญหาการมีระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยาวนาน และมีข้อจำกัดในการวางแผนจ้างนายคนบ้านในระยะเวลาที่เหมาะสม นอกจากนั้น ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษาและมีแนวโน้มจะเกิดภาวะทุพพลภาพภายหลังการจำนำยและอาจต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลช้าเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น¹ ซึ่งสภาวะการณ์เช่นนี้ย่อมไม่สอดรับกับนโยบายสาธารณะสุขของประเทศไทยในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจปัจจุบัน คือนโยบายการรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเป็นไปอย่างเหมาะสม ผุ้นั่นให้มีการสอนผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพที่บ้านรวมทั้งการจำนำยผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็ว (Early discharge) ในขณะที่ต้องมีการเพิ่มคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลสูงสุด ภายใต้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เป็นไปอย่างคุ้มคุ้นและเหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งภาวะสุขภาพดีขึ้นและสามารถกลับบ้านได้จะมีความต้องการอย่างยิ่งในการได้รับบริการการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตัวเองต่อที่บ้านที่มีความต้องเนื่องและมีคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มีคุณภาพนั้นเป็นลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องเนื่องตั้งแต่ในระยะแรกที่เข้าอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำนำยผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจากโรงพยาบาลไปสู่ศูนย์สุขภาพชนหรือโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนและเกิดประสิทธิภาพของการดูแลต่อเนื่องอย่าง

สูงสุดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง²

ผลการศึกษาวิจัยน่าร่องในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่รับผู้ป่วยอายุรกรรมเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลใน 5 หอผู้ป่วย (หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 แห่งและหอผู้ป่วยอภิบาลโรคหัวใจ 1 แห่ง) พบร่วม ผู้ป่วยโรคอายุรกรรมส่วนมากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคทางอายุรกรรมที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล 6 โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคไตวายเรื้อรัง³ การดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเหล่านี้ ได้แก่ การวางแผนจำหน่วยและการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปสู่การดูแลในชุมชน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง พบร่วม รูปแบบของการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน และในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องนั้น ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่วยก่อนกลับบ้านที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และครอบครัว อีกทั้งระบบของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังยังต่อเนื่องยังมีหลักจุดที่ต้องการการพัฒนาแก้ไขปัญหา

สถานการณ์นี้สะท้อนภาพของความต้องการในการพัฒนารูปแบบของการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จึงนับได้ว่าเป็นหนทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยแบบบูรณาการของระบบสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านหรือชุมชน ภายใต้บรรยากาศของความร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และส่งผลให้ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจและปลดปล่อยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเป้าหมายสูงสุดคือการสนองตอบต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังและครอบครัว เพื่อการดูแลสุขภาพดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมจากโรงพยาบาลไปบ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เริ่มจากการพัฒนากระบวนการทัศนคติความคิดของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยที่สำคัญคือการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาที่แท้จริงในบริบทที่ศึกษา วางแผนในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนคิดและการประชุมกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง จากนั้นร่วมกันนำแนวทางหรือแผนที่กำหนดไว้เพื่อแก้ไขปัญหาลงสู่การปฏิบัติจริง และติดตามประเมินผลการปฏิบัติ เป็นระยะเพื่อสู่ขั้นตอนของการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนปรับปรุงการดำเนินการใหม่ในลักษณะที่คิดใหม่ ทำใหม่ และคิดไป ทำไป อย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดรับกับสภาพการณ์ของโลก สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้จะเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญในการสร้างความร่วมมือร่วมใจในการคิดตัดสินใจ แก้ไขปัญหาที่เป็นปัญหาของตนเอง และลงสู่การปฏิบัติจริงในบริบทของตนเอง กระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ยังจะนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติการ ผู้ป่วย และครอบครัวอย่างแท้จริง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

กลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย (Participants)

หมายถึง ผู้ที่สมควรใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยดังต่อไปนี้ ทำวิจัยจนถึงสุดการวิจัย ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ จำนวนทั้งหมด 61 คน และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลหลักในกลุ่มนี้แบ่งย่อยออกเป็น 6 กลุ่มโรค คือโรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคไตโดย จำนวนทั้งหมด 60 คน

พื้นที่ศึกษา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแห่งหนึ่ง ซึ่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมทั้งหญิงและชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ แบบสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติงานในด้านการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของหอผู้ป่วย อายุรกรรมในโรงพยาบาลที่ศึกษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอาทิ แพทย์อายุรกรรม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม และอาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้ดีเจน และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในกลุ่มพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาก่อนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 สำหรับเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างและการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ดูแลและครอบครัว และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้าง



จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผ่านการตรวจส่องความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ขั้นตอนของการดำเนินงานวิจัย มี 4 ระยะ

1. ระยะเตรียมการ : เริ่มต้นจากศึกษาสถานการณ์และปัญหา ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในบริบทที่ศึกษา

2. ระยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยบททวนข้อมูลในประวัติผู้ป่วยและฐานข้อมูลของโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2548-2550) และทำการสัมภาษณ์พยาบาล วิชาชีพทุกคนต่อการปฏิบัติงานในด้านการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลที่ศึกษา การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยทำการสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 แห่ง (อายุรกรรมชาย 1 และ 2 และอายุรกรรมหญิง 1 และ 2) ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 เดือน

3. ระยะวางแผนและปฏิบัติการ : เป็นระยะจัดประชุมเพื่อละเอียดอ่อนข้อมูลที่รวมรวมได้จากการยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องของหอผู้ป่วยทั้งหมด 4 แห่ง สรุปสถานการณ์และปัญหาการดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการจ้างหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปบ้านจากนั้นระดมสมองโดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเพื่อหาแนวทางสร้างรูปแบบเบื้องต้นของการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จัดประชุม 1 ครั้ง มีสมาชิกทีมสุขภาพเข้าร่วม 30 คน และได้พัฒนารูปแบบของการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยจัดประชุมกลุ่มแกนนำเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 3 ครั้ง และได้ร่วมกันพัฒนาแบบบันทึกการวางแผนจ้างหน่ายและการดูแลต่อเนื่องแนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลต่อเนื่องและลือการให้ความรู้ ระยะนี้ใช้เวลา 4 เดือน

4. ระยะติดตามประเมินผล เป็นระยะการนำรูปแบบที่พัฒนาได้ไปทดลองปฏิบัติแล้วนำผลที่ได้มาประเมินทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่สุขภาพและในส่วนของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และปรับรูปแบบของ

การดูแลต่อเนื่องฯ ซึ่งได้แก่ การวางแผนจ้างหน่ายและการส่งต่อให้เหมาะสมสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพระยะนี้ใช้เวลาดำเนินการ 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมในการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้ไว้ ณ. วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2551 การวิจัยดังกล่าวการที่สำคัญของจริยธรรมการวิจัยบนพื้นฐานของการปกป้องสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัย และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล¹ โดยที่บุคคลนั้นไม่ควรได้รับการบาดเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจจากการทำวิจัยและมีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย² ซึ่งรวมถึงการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for persons) หลักผลประโยชน์ (Benefit) หรือไม่เกิดอันตราย (Benefit and non maleficent) หลักของความยุติธรรม (Justice) หลักความจริงใจ (Fidelity) หลักของความมีสัจจะ (Veracity) และหลักการรักษาความลับส่วนบุคคล (Confidentiality)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบันในการวางแผนการจ้างหน่าย

1.1 กลุ่มทีมแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ สารสำคัญมีดังนี้

1.1.1 การรับรู้ความหมายของการดูแลต่อเนื่องทีมสุขภาพวิชาชีพรับรู้และให้ความหมายของการดูแลต่อเนื่องว่าเป็นเรื่องของ Discharge Planning หรือการวางแผนจ้างหน่ายผู้ป่วยเพื่อกลับบ้านซึ่งรับผิดชอบปฏิบัติโดยทีมสุขภาพวิชาชีพที่เป็นทีมที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลที่ศึกษาและเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องดังแต่โรงพยาบาลถึงบ้านโดยใช้กระบวนการของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกระบวนการดังกล่าวจะเริ่มภายใน 48 ชั่วโมงแรกที่ดูแลผู้ป่วย และต้องมีการประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลร่วมกัน นอกจากนี้กลุ่มพยาบาลยังมีการรับรู้ว่าผลที่ได้รับจากการดูแลต่อเนื่องคือลดการกลับเข้ารักษาตัวซ้ำและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ



1.1.2 สถานการณ์ของการดูแลต่อเนื่อง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ถึงความหมายของการดูแลต่อเนื่องว่าหมายถึงการวางแผนการจ้าน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (HA: Hospital Accreditation) ซึ่งกำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติสำหรับทุกโรงพยาบาลอย่างชัดเจนว่า ทุกโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลก่อน 28 วัน ดังนั้นโรงพยาบาลที่ศึกษานี้จึงได้มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการวางแผนจ้าน่ายไว้ในลักษณะของภาพรวมโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะแรกรับผู้ป่วย ระยะขณะผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล และระยะฟื้นฟูสุขภาพก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้แต่ละหอผู้ป่วยนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวเป็นรายบุคคลภายใต้สภาพการณ์การทำงานของแต่ละหอผู้ป่วยซึ่งวิธีปฏิบัติที่ดำเนินการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษานี้มีลักษณะของการดำเนินการที่ปฏิบัติในงานประจำที่ทำงาน ขั้นตอนที่สำคัญของการดูแลต่อเนื่องคือการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อการดูแลตัวเองต่อที่บ้าน พยาบาลมีการให้ข้อมูลบ้างแต่จะไม่มีเวลามากเนื่องจากภาระงานประจำที่ทำอยู่มีมากและแพทย์จะให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นในลักษณะของความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในแต่ละโรค สำหรับขั้นตอนของการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจ้านายผู้ป่วยนั้นพยาบาลจะมีการบันทึกไว้ใน nurse's note เท่านั้น ไม่มีแบบบันทึกเพื่อการวางแผนจ้าน่ายผู้ป่วยโดยเฉพาะ

ปัญหาของการดูแลต่อเนื่องของขณะนี้คือ ขาดความต่อเนื่องของการปฏิบัติจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยยังขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลต่อเนื่อง การทำงานยังขึ้นกับประสบการณ์ หรือระยะเวลาของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยซึ่งพบว่า พยาบาลที่ทำงานนานกว่าจะมีประสบการณ์ และมีความเชื่อมั่นในตนเองในการประเมินผู้ป่วยมากกว่าพยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

1.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษา มีดังนี้

1) ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักร่องกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2) การติดต่อสื่อสารทุกระดับโดยเฉพาะกับผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการเวลาในการอธิบายหรือซักถามความรู้ความเข้าใจต่างๆ แต่ภาระงานประจำที่มีมาก จึงทำให้การอธิบายความต่างๆ เพื่อการสื่อสารที่ทำให้เข้าใจกันได้ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการขาดหายไป

3) การประสานการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและการประสานการทำงานในระดับของการดูแล เช่น การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านผู้ป่วย

1.1.4 ความต้องการของทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายใต้สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือรูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมสำหรับบริบทที่ปฏิบัติตาม มีรูปแบบการดำเนินงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ระบุหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องตามบทบาทของแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน มีแบบบันทึกที่ไม่เพิ่มภาระงานเขียนสำหรับใช้ในการสื่อสารในทีมและช่วยให้เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างชัดเจน สามารถติดตามความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติและทุกคนในทีมสามารถเข้าใจและทำได้ง่ายเพราะเงื่อนไขหลักสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม คือภาระงานที่หนัก มีเวลาจำกัดและต้องรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของการบริการ

1.2 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและญาติ

1.2.1 ลักษณะของผู้ป่วยในภาพรวมของการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 6 โรค ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 76 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรสส่วนตัวดับการศึกษาขั้นประถมศึกษา มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค ขึ้นไป และระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1-5 ปี

1.2.2 การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคและความต้องการในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่แตกต่างกันตามกลุ่มผู้ป่วยซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่คิดว่าตนเองมีความสามารถพอเพียงในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน



(8 ราย หรือร้อยละ 25) และ 2) กลุ่มที่คิดว่าตนเองขาดความพร้อมในการดูแลตนเอง (24 รายหรือร้อยละ 75) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและทำให้ขาดความพร้อมในการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) ได้รับข้อมูลไม่ลึกไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุม 2) ข้อมูลไม่ตอบสนองต่อการเข้าโรงพยาบาลแต่ละครั้ง และ 3) ข้อมูลไม่นำสู่การปฏิบัติ สำหรับความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและญาติ เพื่อการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ 1) เวลาที่เพียงพอในการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่สุขภาพแก่ผู้ป่วย สูงอายุที่อาจมีการคิด/จำ/รับรู้ที่ช้ากว่า 2) สื่อหรือคู่มือ การดูแลที่เหมาะสมโดยเฉพาะสื่อสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และ 3) วิธีการให้คำแนะนำที่ผสมผสานระหว่างการนำประสบการณ์ตรงมาสอน การให้ผู้ดูแลได้ร่วมเรียนรู้ และ พฤติกรรมการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่เป็นไปด้วยความเข้าใจและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

1.3. สтанการณ์ปัจจุบันในการวางแผนการจ้างห่าม เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโดยเครื่องในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 58 คน ด้วยแบบสอบถามปลายเปิด โดยผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสูงอายุ 4 แห่ง จำนวนเท่า ๆ กัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 26-30 ปี (จำนวน 23 คน ร้อยละ 39.7) เพศหญิง (ร้อยละ 91.4) มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่น้อยกว่า 1 ปี ถึง 30 ปี โดยกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด คือมีประสบการณ์ระหว่าง 5.1-10 ปี (จำนวน 21 คน ร้อยละ 36.2) มีระยะเวลาการทำงานที่หอผู้ป่วยปัจจุบันระหว่าง 1.1-5 ปี (จำนวน 18 คน ร้อยละ 31) รองลงมา มีการระยะเวลาทำงานที่หอผู้ป่วยปัจจุบัน 5.1-10 ปี (จำนวน 16 คน ร้อยละ 27.6) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรืออุดมศึกษา (จำนวน 54 คน ร้อยละ 93.1) ส่วนใหญ่ไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ (จำนวน 26 คน ร้อยละ 44.8) รองลงมา มีตำแหน่งข้าราชการระดับ 6-8 (จำนวน 19 คน ร้อยละ 32.8) ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแพทย์ มีจำนวน 3 คน เพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 25-34 ปี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาโดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าว 2 ถึง 5 ปี มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในสาขาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานถึง 3 ปี

1.3.1 การรับรู้ความเหมาะสมของวางแผนการจ้างห่ามเพื่อการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีการ

จ้างปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 35 คน (ร้อยละ 60.3) มีความเห็นว่า เหมาะสมดีแล้ว (เฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง) เนื่องจากมีรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เน้นการให้ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในขณะเดียวกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 23 คน (ร้อยละ 39.7) มีความเห็นที่แตกต่างกันว่าระบบการวางแผนกำหนดน้ำย่อยผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอ่อน ๆ ในปัจจุบันยังขาดความเหมาะสม เนื่องจากยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในโรคเรื้อรังอ่อน ๆ ไม่ได้ให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและละเอียดเพียงพอแก่ผู้ป่วยและญาติ ขาดการประเมินอย่างต่อเนื่อง และขาดรูปแบบการบันทึกที่เป็นระบบ

1.3.2 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุที่จ้างปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้ข้อมูลว่า มีการประเมินบ้างแต่ไม่ครบถ้วนทุกคนและทุกโรค และวิธีการประเมินขึ้นอยู่กับแต่ละคนปฏิบัติไม่มีแนวทางเดียวกัน

1.3.3 การวางแผนในการให้คำแนะนำหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่จ้างปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 52 คน (ร้อยละ 89.7) ให้ข้อมูลว่ามีการวางแผนแต่ไม่ได้กระทำการดูแลทุกคุณลักษณะทุกคน แต่กระทำการดูแลส่วนที่เหลือให้ข้อมูลว่าไม่ได้มีการวางแผน ซึ่งทำให้การให้ข้อมูลไม่ได้กระทำการดูแลอย่างละเอียดครอบคลุม

1.3.4 การให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง ที่บ้าน แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่จ้างปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 33 คน (ร้อยละ 56.9) ให้ข้อมูลว่าไม่ได้มีการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่จ้างปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 38 คน (ร้อยละ 65.5) ให้ข้อมูลว่าไม่ได้มีการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านก่อนการจ้างห่ามอย่างครอบคลุมเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงาน รวมทั้งความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการรับข้อมูลทั้งหมด

1.3.5 การใช้เวลาในการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่จ้างปัจจุบัน และญาติ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 43 คน (ร้อยละ 74.1) ให้ข้อมูลว่าไม่ได้ใช้เวลาในการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่จ้างปัจจุบัน



และญาติ ก่อนกำหนดนัยกลับบ้านอย่างเพียงพอตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ เนื่องจากผู้ป่วยที่ทำการจำนำยในแต่ละวันมีจำนวนมาก ผู้ให้ข้อมูลมีภาระงานมาก และผู้ป่วยและญาติ มีความต้องการรับกลับบ้านมากกว่า รอรับรู้ข้อมูลต่างๆ

1.3.6 การประเมินผลการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 49 คน (ร้อยละ 84.5) ให้ข้อมูลว่า ได้มีการประเมินผลการให้ความรู้ก่อนการจำนำยจากผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังรวมทั้งญาติ ก่อนกำหนดนัยกลับบ้าน แต่ไม่สามารถทำได้ครบทุกราย ส่วนใหญ่ใช้การประเมินจากญาติเท่านั้น

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผลของการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากข้อมูลทั้งส่วนของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ โดยผ่านการสะท้อนข้อมูลและระดมสมองจากทีมผู้จัดและผู้ร่วมสะท้อนข้อมูลพบว่า รูปแบบของการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลแห่งนี้ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ที่สำคัญ ได้แก่ 1) การพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการ 2) การพัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิก และ 3) การพัฒนานวัตกรรมในการดูแลต่อเนื่อง โดยทั้ง 3 ปัจจัยหลักส่งผลต่อผลลัพธ์ที่บ่งบอกคุณภาพในการดูแลต่อเนื่อง ภายใต้เงื่อนไขที่สำคัญของการดำเนินการ คือการประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารอย่างมีคุณภาพ และการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยในทุกระดับของการบริการ ดังภาพที่ 2

3. รูปแบบของการดูแลต่อเนื่อง

รูปแบบของการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เกิดจากผลการสะสมท่อน้ำท้องในกลุ่มผู้วัยจัยและผู้ให้ข้อมูล (ดังภาพที่ 2) ทีมผู้จัดร่วมระดมความคิดเห็นในการกำหนดงานที่ต้องการการพัฒนาและสามารถกระทำได้ภายใต้ข้อจำกัดของระยะเวลาของการศึกษาวิจัย (หนึ่งปีหลังได้รับงบประมาณสนับสนุน) ภาระหน้าที่ของทุกฝ่ายที่ต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพและ

ความต้องการการพัฒนาในประเด็นต่างๆตามที่ได้กล่าวไว้ในผลการศึกษาที่ผ่านมาแล้ว ทำให้ทีมพัฒนาได้มีมิติร่วมกันที่จะทำการศึกษานำร่องในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องและการจำนำยเพียง 1 โรคที่กำลังทวีความสำคัญอยู่ในช่วงเวลา này โดยพิจารณาจากเกณฑ์ที่สำคัญในการเลือกกลุ่มโรคที่จำเป็นต้องพัฒนาเป็นอันดับแรก คือ มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีการกลับเข้ารักษาตัวซ้ำเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพมากขึ้น รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพกลุ่มที่มีความพร้อมมากที่สุดในช่วงเวลาขณะนี้ ซึ่งทีมพัฒนาได้สรุปว่าจะพัฒนารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มไตวายเรื้อรัง ในการพัฒนามีขั้นตอนของการวางแผนและปฏิบัติการ ดังนี้

1) ทีมพัฒนานำร่องในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพที่แผนกอายุรกรรม จำนวน 10 คน ประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรม 1 คน พยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลหน่วยไตเทียม 1 คน นักโภชนาการ 1 คน พยาบาลศูนย์ดูแล สุขภาพต่อเนื่อง 1 คน และอาจารย์ที่เป็นนักวิจัยในโครงการ 1 คน เป็นกลุ่มดำเนินการพัฒนา

2) จัดทำแบบบันทึกการเตือนกำหนดนัยผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ที่ยึดหลักตาม DMEETHOD สำหรับแบบประเมินการวางแผนจำนำยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ประกอบด้วยกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกำหนดจำนวนวันอยู่รักษาในโรงพยาบาลไว้ 5 วัน และแบบประเมินการวางแผนจำนำย

3) ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ตามรูปแบบการวางแผนจำนำยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่กำหนดไว้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 4 คน

4) ติดตาม กำกับการดูแลและการดำเนินงาน การวางแผนจำนำยผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด

5) หาแนวทางแก้ไข ตลอดจนจัดหาทรัพยากรด้านต่างๆ ที่เหมาะสมและเอื้อต่อการวางแผนการจำนำยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6) ประเมินผลการดำเนินงาน ในด้านผู้ให้บริการ พ布ว่ามีความพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากได้ทำงานเป็นทีม ไม่ขัดแย้งและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับด้านผู้ใช้บริการพบว่า มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับสูงมาก (ร้อยละ 98) ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล



เฉลี่ย 5.2 วัน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

การอภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลมีสาระสำคัญในการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. จากสถานการณ์และปัจจัยของการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมจากโรงพยาบาลไปบ้านในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพอันเป็นภาระของรัฐในบริษัทที่สูงมาก จำนวนผู้ป่วยในที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมีสูงขึ้น ทำให้จำนวนเตียงที่จะรับผู้ป่วยเข้าอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ แพทย์มีความจำเป็นที่จะต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดเพื่อร่วงรับผู้ป่วยใหม่ที่มีความจำเป็นในการเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า จึงได้ก่อให้เกิดระบบการดูแลแบบใหม่ที่จะช่วยป้องกันและลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้ได้ผลดังนั้น ระบบของการดูแลสุขภาพต่อเนื่องจึงเป็นระบบที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้สามารถดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ระบบเดิมของการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลที่ศึกษานี้ยังมีลักษณะที่ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และเป็นรูปแบบเดียวกันใช้ได้กับทุกโรคทั้งหมด (One for all) หรืออาจกล่าวได้ว่าไม่มีรูปแบบที่เฉพาะโรคและขาดความอ่อนไหวต่อความสูงอายุของผู้ป่วย (Aged Sensitive Care) ไม่มีการประเมินหรือวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย เนื่องจาก กลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวมีความจำกัดในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และไม่สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในประเทศไทย^{6,7} นอกจากนี้ การดำเนินการวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบยังมีน้อย แต่ได้รับความสนใจมากขึ้นตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา อันเป็นผลมาจากการเริ่มใช้การรับรองมาตรฐานควบคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ตัวอย่างของ

การศึกษาที่ผ่านมาด้วยวิธีการเริงคุณภาพในบริบทของประเทศไทยในเรื่องของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลในระยะปรับผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้าน^{7,8} ซึ่งได้พบข้อมูลที่น่าสนใจเป็นอย่างมากที่สะท้อนโดยพยาบาลเองว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติงานประจำอีกที่ที่คิดว่ามีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยมากกว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการนวดด้วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละเวรี จำนวนน้อยต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่อาการหนัก สำหรับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้มีลักษณะของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวที่เกิดจากความร่วมมือกันในทีมสุขภาพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) ทำให้สามารถสนับสนุนตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและความช่วยเหลือจากผู้ที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน⁹

2. รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล สาระสำคัญมีดังนี้

2.1 ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.1.1 การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม เป็นการตั้งเป้าหมายของการทำงานที่เน้นอ่อนและกำหนดรายละเอียดของแผนการดำเนินงานไว้ล่วงหน้า โดยการวางแผนที่ดีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน ลดการทำงานช้าช้อน¹⁰ ซึ่งการดำเนินงานศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกันที่ในส่วนของนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยและนักวิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษาทั้งหมด โดยกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกัน และขั้นตอนการดำเนินงานร่วมกัน สำหรับรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องนั้น เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของการมีส่วนร่วมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันในการพัฒนาระบบการดูแล เช่น แบบบันทึกการจำหน่าย สื่อการสอนสำหรับผู้ป่วย ที่มีลักษณะที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ อันก่อให้เกิดการบริการที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างแท้จริง และการบริการที่มีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน



2.1.2 การจัดตั้งทีมพัฒนานำร่องในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องให้สำเร็จตามเป้าหมายนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมปฏิบัติงานต้องเข้าใจแนวคิดการทำงานเป็นทีมและปฏิบัติตามกระบวนการในการทำงานของทีมดูแลผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมครั้งนี้ได้ยึดเป็นหลักในการทำงานร่วมกัน จึงมีการเลือกบุคลากรให้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับงาน วางแผนตัวบุคคลให้เหมาะสมกับความรู้และทักษะของแต่ละวิชาชีพ ทุกวิชาชีพเป็นบุคลากรในทีมดูแลผู้ป่วยทางคลินิกอายุรกรรม (Patient Care Team) นอกจากนี้ผลจากการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยจากมหาวิทยาลัย และนักวิจัยที่มาจากโรงพยาบาลที่ศึกษาทำให้เกิดการเรียนรู้และยอมรับในศักยภาพของกันและกัน นำไปสู่ความร่วมมือของการจัดทีมพัฒนานำร่องที่มีนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเข้าร่วมในทีมพัฒนาเพิ่มอีก 1 คน ทีมพัฒนานำร่องได้แบ่งหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนเพื่อให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับที่ฟาริดา อิบราริม¹⁰ กล่าวว่า การดำเนินโครงการให้สำเร็จ ผู้ร่วมโครงการต้องรู้กระบวนการทำงานและการบริหารจัดการให้เกิดการทำงานร่วมกัน

2.1.3 การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแล ยึดข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมเพื่อทำความเข้าใจ และความต้องการการพัฒนาของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันและคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ยึดหลักของการจำหน่ายผู้ป่วยแบบ DMEETHOD ที่ครอบคลุมปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและครอบครัว ใช้เทคนิคการจูงใจ (Motivation) เป็นแรงกระตุ้นให้ดำเนินการเพื่อให้ไดามาซึ่งเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือเป็นพลังกระตุ้นที่อยู่ในตัวบุคคลซึ่งกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติตาม¹¹ และใช้เทคนิคการเจรจาต่อรอง (Negotiation) เพื่อให้ไดามาซึ่งความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

2.1.4 การประสานงานและการติดต่อสื่อสาร ใน การพัฒนารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องนี้ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) มี การประสานงานหรือทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ให้การดูแล (caregiver) การกำหนดเป้าหมาย วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของทีม

สหสาขาวิชาชีพควรมีผู้ป่วย/ครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลเข้ามามีส่วนร่วมเสมอ ต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทั้งภายในและภายนอก หน่วยงาน ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จึงคำนึงถึงองค์ประกอบ ที่สำคัญของ การวางแผนจำหน่าย ตามที่ McKeehan¹² และ Clemen-Stone, Eigsti & McGuire¹³ ได้เสนอเป็น model ไว้

2.1.5 ความร่วมมือ (Cooperation) เป็นการสร้างทีมงานโดยมีการร่วมมือกันไม่ใช่การแข่งขัน เป็นเพื่อนร่วมงานไม่ใช่ เจ้านายกับลูกน้อง¹¹ การดำเนินงานครั้งนี้เป็นความร่วมมือในการปฏิบัติงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจร่วมกัน รวมถึงเรียนรู้ถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ ได้อย่างครอบคลุม จึงทำให้การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.6 วัฒนธรรมองค์กรอยู่บนพื้นฐานของความรัก ความเอื้ออาทร ความจริงใจ การมีน้ำใจ เสียสละ รักเพื่อนร่วมงาน รักผู้ป่วยและรักองค์กร เป็นบุคลิกภาพที่เด่น เปิดใจกว้างพร้อมที่จะพัฒนาตนเอง อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรและผู้ใช้บริการ

2.2 ความเหมาะสมและประโยชน์ของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคไตawayเรือรัง ผู้วัยเยกอภิปราช แต่ละด้านดังนี้

2.2.1 จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล มีความเหมาะสมเนื่องจากมีกระบวนการนำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ร่วมกันกำหนดขึ้นนี้เกิดจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตawayเรือรัง พนบว่า จำนวนวันนอนรักษาเฉลี่ย 4.6 วัน และ 4.8 วัน มีความสอดคล้องกับแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น คือ 5 วัน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อุมา จันทิเศษ และ ฉวีวรรณ ยี่สกุล¹⁴ ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทำให้ระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลลดลง (เฉลี่ยจาก 13.33 วัน เหลือ 9.47 วัน)

2.2.2 ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ จากการให้ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลตอบแบบสอบถามการรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการ พนบว่า ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก (ร้อยละ 98) เนื่องจากทราบแนวทางหรือแผนการรักษาที่ชัดเจน ได้รับการสอน/สาธิตเรื่องการปฏิบัติตน



ในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของประวัสดรศรี ชวางษ์¹⁵ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ วาระณ์ ประทุมนันท์¹⁶ ได้กล่าวว่า ระบบคุณภาพที่มุ่งเน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง ทุกคนในองค์กรตระหนักรักษาความสำคัญ ให้บริการคุณภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการเมือง ร่วมในการพัฒนางานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการผู้ป่วยแบบองค์รวมคือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ให้การรักษาพยาบาลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกิดความพึงพอใจในระดับสูง

2.2.4 สมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้ร่วมกันกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุและทีมพัฒนา นำร่องมีความภูมิใจและพึงพอใจมาก เนื่องจากได้ให้บริการที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพและประสิทธิภาพจะท่อนถึงความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคไตawayเรื้อรังมากขึ้น ทำให้การติดต่อสื่อสารและการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิก ทีมสุขภาพเป็นไปอย่างราบรื่นและชัดเจนมากขึ้น สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติภารกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เห็นเด่นชัดยิ่งขึ้น ใช้เป็นข้อมูลที่เสริมให้เกิดการวิจัยและการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ เกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษา ซึ่ง อารี ชีวเกشمสุข¹⁷ ที่ทำการศึกษาถึงทางเลือกใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล ได้กล่าวว่า การให้บริการด้านสุขภาพผู้รับบริการมีความต้องการการบริการที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงคุณภาพการบริการการดูแลรักษาให้ดีขึ้น การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาช่วยให้ทีมสุขภาพ ร่วมมือกันให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างผสมผสานเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยหรือยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย¹⁸

2.2.5 สถานบริการ จากการกิจกรรมตัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลคือให้บริการที่เป็นเลิศสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สูงอายุโรคไตawayเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงเป็นการตอบสนองต่อนโยบายของโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพการให้บริการ และใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบคุณภาพโรงพยาบาลเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่สถานบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ:

1. ควรมีการนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาได้ รวมทั้งนวัตกรรมต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคไตawayจำนานามากขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานสนับสนุนประเมินความเป็นไปได้และ ความน่าเชื่อถือในการปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบเพื่อความเหมาะสมและสมบูรณ์ ก่อนการนำรูปแบบการดูแลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง

2. ควรมีการขยายผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาและประเมินผลแล้วไปปรับใช้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เป้าหมายอื่น ๆ นอกเหนือจากผู้ป่วยไตawayเรื้อรังการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ในการศึกษาระนี้จะท่อนให้เห็นถึงความเหมาะสมของ การเลือกใช้รูปแบบการวิจัย ที่อื้อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของปัญหา ประเมินความต้องการในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการร่วมวางแผนและลงมือปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา โดยสอดแทรกหลักการของการมีส่วนร่วม การเป็นภาคีที่เสมอภาค ระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการ และการเคารพสิทธิและความคิดเห็นของกันและกัน จนทำให้ได้รูปแบบในการดูแลต่อเนื่องฯ แนวปฏิบัติและนวัตกรรมในการดูแล และผลของการดูแลที่นำไปพึงพอใจ การศึกษาวิจัยอื่น ๆ ที่มีลักษณะของ pragmatism และบริบทที่ศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาระนี้สามารถนำรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบมีส่วนร่วมนี้ไปปรับใช้ตามความเหมาะสมได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้สนับสนุน งบประมาณจากทุนอุดหนุนการวิจัยประจำทุนอุดหนุน ที่มา ประจำปีงบประมาณ 2551



เอกสารอ้างอิง

1. Mc Aleese P, Odling-Small W. The effect of complication on length of stay. *Annals of Surgery* 1994; 22: 740-744.
2. Brooten D, et al. Early discharge and specialist transition care. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 1988; 20(2): 64-68.
3. ศูนย์พัฒนาการบริการและวิชาการโรงพยาบาลขอนแก่น. สติ๊กผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงาน. (เอกสารอัดสำเนา); 2546.
4. Care LT. The strengths and weakness of quantitative and qualitative research: what method for nursing? *Journal of Advance Nursing* 1994; 20: 716-721.
5. International Council of Nurse. Ethical Guideline for Nursing. Geneva: [n.p.]; 1996.
6. อัญญลักษณ์ โอบอ้อม. การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ : กิจกรรมที่ต้องอาศัยกลยุทธ์. *วิทยานิพนธ์*. โรงพยาบาล 2541; 23(3): 206-209.
7. Pichitporntchai W, Street A, Boontong T. Discharge planning and transitional care : issues in Thai nursing. *International Journal of Nursing Studies* 1999; 36: 355-362.
8. นวลจันทร์ พูลสมบัติ, ประนอม วรรณกุล. การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวัสดุและวัสดุทางการแพทย์* 2551; 26(3): 58-67.
9. Lowenstein AJ, Hoff PS. Discharge Planning: A study of nursing staff involvement. *The Journal of Nursing Administration* 1994; 24(4): 45-50.
10. ฟาริดา อิบรารีม. สาระการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
11. รังสรรค์ ประเสริฐศรี. ภาวะผู้นำ. กรุงเทพฯ: บริษัท รณัชการพิมพ์ จำกัด; 2544.
12. McKeehan KM. Continuing Care: A Multidisciplinary approach to Discharge Planning. St. Louis: The C.V. Mosby Company; 1996.
13. Clemen-Stone S, Eigsti D, McGuire SL. Comprehensive Family and Community Health Nursing. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
14. อุมา จันทวิเศษ, ฉวีวรรณ ย์สกุล. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *รายงานการศึกษาเบื้องต้น. สงขลานครินทร์เวชสาร* 2543; 18(3): 155-160.
15. ประภัสสร ชาววงศ์. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศรีสะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2535.
16. วรภรณ์ ประทุมนันท์. รูปแบบการบริหารทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบบริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: ศึกษารณีโรงพยาบาลขอนแก่น (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
17. อารี ชีวเกشمสุข. แนวทางการดูแล: ทางเลือกใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล. *รามาเวชสาร* 2542; 3(5): 251-261.
18. ทองสมัย ยุรชัย, เบญจมาศ จันทร์นวล, อัมพร พรรรณ อีรานุตตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวาน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวัสดุและวัสดุทางการแพทย์* 2551; 26(3): 36-46.



ปัจจัยนำเข้า

- จำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น
- นโยบายของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน
- ความต้องการการพัฒนาในศูนย์การบริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของทีมแพทย์สาขาไวชารีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง
- แนวคิดการทำงานเป็นทีม สาขาไวชารีพ

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- ศึกษาปัญหาการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
- ประชุมระดับสมองทีมเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมกันในการพัฒนาฐานรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม
- กำหนดกิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ทดลองปฎิบัติฐานรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและพัฒนาปรับปรุงเพื่อการนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

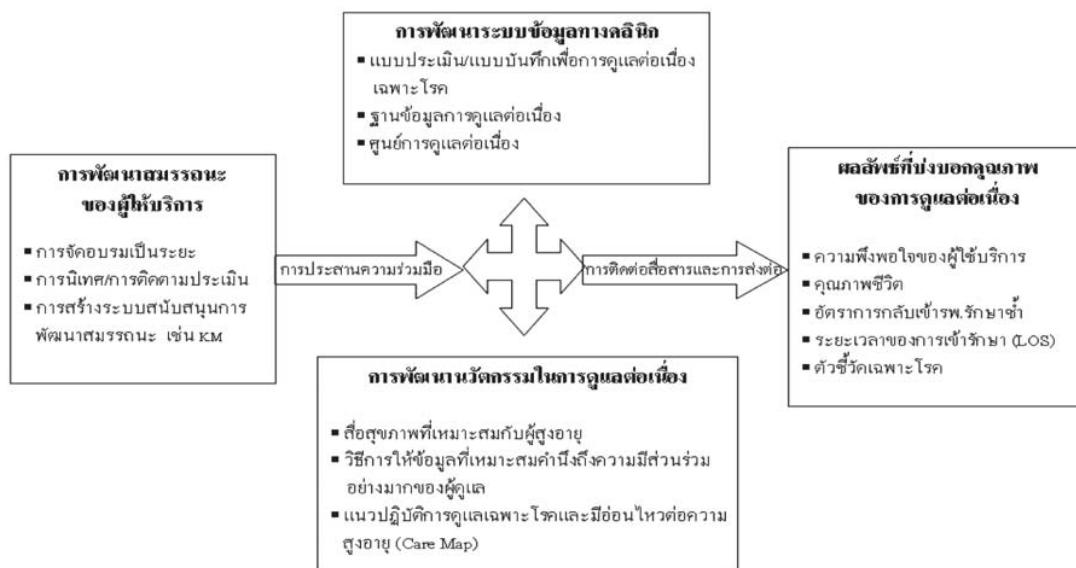
ผลผลิต

รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผลลัพธ์ (Outcome)

- ความพึงพอใจผู้รับบริการ
- จำนวนวันนอนรักษาดลง
- ค่ารักษาดลง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 รูปแบบของการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออก-เฉียงเหนือ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากการวิจัย บทความวิชาการและการส่งข่าวสาร และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการพยาบาล รวมทั้งเสริมสร้างความเชื่อใจอันดี เพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงได้ขอเชิญชวนให้ทุกท่านที่เป็นอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งเรื่องมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับเรื่องที่ท่านส่งมาและยินดีสรรหาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านเชื่อมาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้าและการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาขาต่างๆ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล
3. บทความปฏิทัศน์ โดยการศึกษาวิเคราะห์วิจารณ์บทความทางการพยาบาลที่ตีพิมพ์แล้วในวารสารอื่นเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งก่อให้เกิดความกระจุงและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในเรื่องนั้นๆ
4. เรื่องอื่นๆ ที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร เช่น ข่าวสารที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และบุคคลในวิชาชีพ เป็นต้น

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลิปมพ์ในวารสารอื่น
2. ต้นฉบับ พิมพ์สั่ง 3 ชุด ด้วยกระดาษขาว A4 พิมพ์หน้าเดียว ที่ผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยทั้งนี้ไม่ควรเกิน 10 หน้า พร้อมกับแนบ diskette ที่บันทึกข้อมูลต้นฉบับ ครบถ้วน

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

1. บทคาม ควรเรียงลำดับดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ และสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรก และควรมีชื่อภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย

1.2 ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co-worker) ชื่อผู้เขียนพร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุดและผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเขียนไปทางขวา มีอีก ส่วน ตำแหน่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน ควรพิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรยาย

2. รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้จัด ผู้ร่วมวิจัย สถานที่ทำงาน วุฒิการศึกษาสูงสุด เช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ เขียนสั้นๆ ให้ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง

2.3 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้ว ไม่ควรเกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกับกับบทคัดย่อหนีอ เชิงบรรยาย (Foot note)

2.4 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา กล่าวถึงการพิจารณาถึงปัญหาอย่างสั้นๆ ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ และวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย ครอบแนวคิด การวิจัย

2.5 วิธีดำเนินการวิจัย (Research design) ให้กล่าวถึงชนิดของการวิจัย กลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Materials and Methods) วิธีวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีธรรมการวิจัย

2.6 ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวน้ำดึงบรรจุข้อมูล ที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พองเหมาะสมกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ กรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดไปสากร์ด คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้รูป

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่นและสรุปอย่างย่อ ๆ

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้น ๆ แต่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงต่าง ๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในวารสารทั่วไป ดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขอปั๊บไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมาโดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวยก หมายถึงลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเย็บให้ตรงกัน การเรียงหมายเลขอปั๊บไว้ตัวเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นช้าให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำปั๊บไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่างการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของคนในชุมชนนั้น¹²³

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร ประกอบด้วย หมายเลขอปั๊บการอ้างอิง ชื่อผู้แต่ง ชื่อบทความ ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ฉบับที่: หน้า หากมีผู้เขียนจำนวน 1 – 6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณะ. แทน

ตัวอย่าง

1. องค์ นันทสมบูรณ์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการจัดการเชิงกลยุทธ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 60-69.
2. สุจitra ชัยกิตติศิลป์. การศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท้าวเฉียว.

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออก-เฉียงเหนือ 2550; 25(1): 52-59.

3. ณัฐรุจารณ์ เมืองชู, นันทิร์ บ่อเพชร, สังค์ชานขัน, ศุภดี ลิมปพันธ์. ผลการจัดบริการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 17-23.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย หมายเลขอปั๊บการอ้างอิง ชื่อผู้แต่ง ชื่อตำรา. เมืองที่พิมพ์: โรงพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่าง

4. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Stamford Connecticut: Appleton & Lange; 1996.

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ ควรได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม ควรอ้างอิงผลงานที่เคยเผยแพร่ในวารสารนี้

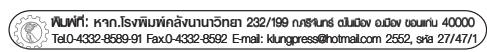
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้ส่วน利สิทธิ์ทุกประการ

3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน

4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ทุกความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อเบริกษาและส่งต้นฉบับ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว กองบรรณาธิการ วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. (043) 362012, 202407 โทรสาร (043) 362012, 081-4710980, 084-0344940 E-mail: somdae@kku.ac.th.
2. ดร.วารีวรรณ ศิริวนิชช์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทร. (044) 242397 โทรสาร (044) 270222
3. อาจารย์พรรณพิพา แก้วมาดาย วิทยาลัยพยาบาลสรรพ-สิทธิ์ประสงค์ ถนนพหลแพณ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทร. (045) 243803 โทรสาร (045) 243803





ใบแจ้งความลงโทษ

ถึง ประธานฝ่ายวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาวิชาตະวันออกเจียงเหนื้อ
คณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
บริษัท ห้างร้าน.....
ที่อยู่.....
มีความประสงค์จะลงโทษแจ้งความใน “วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาวิชาตະวันอักฤษณ์” ขนาดเนื้อที่..... หน้าตามอัตราโดยที่.....
เป็นเงิน..... บาท พร้อมนี้โปรดระบุข้อความที่ใช้ลงโทษ

หมายเหตุ เริ่มลงโทษมาตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่..... (ลงนาม).....
ถึงฉบับที่.....ปีที่.....เป็นเวลา.....ปี วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
รวม.....ฉบับ บริษัท, ห้างร้าน.....

● อัตราค่าโฆษณาavarสารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ●
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปกหลังด้านในเต็มหน้า	4,000.- บาท/	3	ฉบับ
ใบแทรกเต็มหน้า	2,000.- บาท/	3	ฉบับ
ใบแทรกครึ่งหน้า	1,000.- บาท/	3	ฉบับ

หมายเหตุ

- ถ้าบล็อกเกินกว่า 1 สีทึบไป ต้องตกลงราคabe็นกรณีพิเศษ
- ถ้าข้อความโฆษณาไม่ภาพประกอบ โปรดส่งบล็อกพร้อมกับข้อความที่จะลงโฆษณาด้วย
- ขนาดกรอบโฆษณาเต็มหน้า ประมาณ 16 x 24 ซม.
- จำนวนพิมพ์avarสาร 500 เล่ม ต่อครั้ง



ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลฯ

สาขาวิชาตະวันออกเดียงเหนือ

ชื่อ-นามสกุล (หรือสถาบัน).....

ที่อยู่ (ที่ส่งได้ทางไปรษณีย์).....

โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสาร “สมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเดียงเหนือ”

ตั้งแต่ฉบับที่..... ปีที่..... จนถึงฉบับที่..... ปีที่..... รวม.....ฉบับ
พร้อมนี้ได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....)

โดยสั่งจ่าย รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

สั่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

หมายเหตุ ค่าบำรุงสมาชิก : 1 ปี 160 บาท ลงชื่อ.....

2 ปี 300 บาท (.....)

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ราคาเล่มละ 45 บาท วันที่.....