



## ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและ ระดับฮีโมโกลบินเอวันชีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2\*

สำอางค์ เวียนนันท์ พย.ม.\*\*  
วัลยพร นันท์ศุภวัฒน์ ศศ.ด.\*\*\* พร้อมจิตร ห่อนบุญเหม ศศ.ด.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันชี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันชี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลคำเมือง จำนวน 30 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดให้คุณลักษณะทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อถูกนัดในเรื่องเพศและชนิดของยาที่ใช้ กลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การติดตามตนเอง 3) การประเมินตนเอง 4) การเสริมแรงตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ cronbach เท่ากับ .77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย ปรากฏดังนี้ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมโรคทั้งโดยรวมและเป็นรายด้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันชี ( $HbA_{1c}$ ) ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยสรุป โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพุติกรรมการควบคุมโรคให้เหมาะสมและลดระดับฮีโมโกลบินเอวันชี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นจึงควรนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การจัดการตนเอง

\*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



## **Effects of Self – Management Program on Behaviors for Controlling Disease and Hemoglobin A<sub>1c</sub> Level in Patients with Diabetes Mellitus Type 2**

*Somong Weangnon M.N.S.\*  
Walaiporn Nantsupawat PhD\*\* Promjit Hornboonherm PhD\*\*\**

### **Abstract**

The purposes of this quasi- experimental research were to: 1) compare the behavior mean scores of controlling disease and average of hemoglobin A<sub>1c</sub> level in the experimental group before and after receiving the self-management program; and 2) compare the behavior mean scores of controlling disease and average of hemoglobin A<sub>1c</sub> level in the experimental group and control group. The samples were 30 patients with type 2 diabetic attending the diabetic clinic at the primary care unit of Kummaung Hospital. They were equally random assigned to experimental group and control group through pair matching according to gender and drug. The experimental group was designed to join the self-management with the four steps of Kanfer's self-management: 1) goal setting; 2) self monitoring; 3) self evaluation; and 4) self reinforcement. In the meantime, the control group received regular nursing care. The instrument used to collect data were the behaviors of controlling disease questionnaires. The questionnaires' validity and reliability were tested and gained  $\alpha = 0.77$ . Data were analyzed by using mean, standard deviation and t-test.

The study results revealed that: 1) the patients with type 2 diabetes mellitus receiving the self-management program had higher mean scores of controlling disease behaviors than before receiving the self-management program and had higher mean score of controlling disease behaviors than those in the control group, with a statistically significant level at  $p < .05$ ; and 2) the patients with type 2 diabetes mellitus receiving the self-management program had lower average of hemoglobin A<sub>1c</sub> level than before receiving the self-management program and had lower average of hemoglobin A<sub>1c</sub> level than those in the control group, with a statistically significant level at  $p < .05$ .

In conclusion, the self- management program could affect to increase the behaviors for controlling disease and decrease hemoglobin A<sub>1c</sub> level in patients with diabetes mellitus type 2. Thus, the self- management program should be recommended to use for controlling disease in patients with diabetes mellitus type 2 and other chronically ill patients.

**Keywords:** self-management, patients with diabetes mellitus with type 2



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสำคัญ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อให้สามารถปฏิบัติตนในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่สุดตลอดเวลา<sup>1</sup> เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่จะเกิดตามมา อันจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เป็นภาระแก่ผู้อื่นและสูญเสียเศรษฐกิจในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมหาศาล ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลขององค์กรอนามัยโลก คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 171 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2000 เป็น 366 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030<sup>2</sup> และในประเทศไทยเมื่อปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,536,000 คน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยจำนวน 2,739,000 คน<sup>3</sup>

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญของการควบคุมโรคเบาหวานเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ใน การดูแลรักษาจึงมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดตลอดเวลา และผู้ป่วยจำเป็นต้องมีแนวทางในการจัดการตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่องโดยการจัดการพฤติกรรมต่อ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งมีผลโดยตรง กับระดับน้ำตาลในเลือด 2) ด้านการออกกำลังกาย เพื่อลดภาวะต้ออินซูลิน 3) ด้านการใช้ยา ยาเม็ดโดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือด เช่น เดียว กับการรับประทานอาหาร และ 4) ด้านการจัดการความเครียด ความเครียดทำให้อารมณ์แปรเปลี่ยน ทำให้กลไกเมืองตัวต้องทำงานหนัก ทำให้กลไกต่อต้านความกระตือรือร้นลดลง ทำให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้น ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเหล่านี้ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้และเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมากตามมา ร้ายกว่าที่ควรจะเป็น จากการบทวนเอกสาร งานวิจัย พบพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร บางรายที่ควบคุมอาหารไม่ได้เนื่องจากมีความอิจฉาอาหาร การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การสนับสนุนจาก

บุคคลในครอบครัวให้รับประทานอาหารได้ การทำงานหนักต้องการพลังงานในการทำงานมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น<sup>4,5,6</sup> ผลการศึกษาของ คุณชินพันธุ์<sup>7</sup> พบว่า การดูแลรักษาของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเบาหวานไม่ได้ มีความแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมเบาหวานได้ และกลุ่มควบคุมเบาหวานไม่ได้ ส่วนใหญ่ไม่ได้ควบคุมอาหารอย่างจริงจัง มีการรับประทานอาหารตามใจปาก แต่ก่อนถึงวันเจาะเลือดก็จะควบคุมอาหารเพียง 2-3 วัน

ผู้ป่วยไม่นิยมออกกำลังกายเนื่องจากมีความเข้าใจว่า การทำงานบ้าน การทำงานประจำเป็นการออกกำลังกาย<sup>4</sup> ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกายที่แน่นอน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปทำงาน หรือทำงานบ้านทั้งวัน หรือเลี้ยงหลาน จึงทำให้ไม่ได้ออกกำลังกาย<sup>8</sup> ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่ม<sup>6,7</sup>

ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากบางวันเรียกออกจาบ้านไปทำธุระที่อื่น ลืมนำยาไปด้วยจึงไม่ได้รับประทาน บางรายรับประทานยาก่อนอาหารแต่ลืมรับประทานยาหลังอาหาร บางรายรับการรักษาโดยให้ยา วันเว้นวันทำให้ผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าวันไหนรับประทานไปแล้ว และวันไหนยังไม่รับประทาน<sup>9</sup> ผลการศึกษาของ คุณชินพันธุ์<sup>7</sup> พบว่า การรักษาชนิดยา ในกลุ่มควบคุมเบาหวานไม่ได้ มีความแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีเรื่องวิตกกังวลในบ้าน ไม่มีเวลาปฏิบัติตัว<sup>8</sup> พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถให้บุคคลภายนอกเข้ามาเป็นผู้ควบคุมได้<sup>10</sup> จำเป็นต้องมีกระบวนการจัดการตนเอง จึงจะสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองในการควบคุมโรคที่เหมาะสมได้ อันจะส่งผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด และระดับอีโมลิบินเอวันซี

ผู้วัยจึงจำเป็นต้องจัดการจัดการตนเองมาใช้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง เมื่อบุคคลประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้นๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง<sup>11,12</sup> การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการใช้ความรู้และศักยภาพในการตัดสินใจที่มีอยู่เพื่อจัดการกับโรคเรื้อรังของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน<sup>13</sup> โดยได้จัดทำโปรแกรมการ



จัดการตนเองและแบบบันทึกการติดตามตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อนำไปใช้จัดการกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องจัดการวันต่อวัน<sup>14</sup> เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารังนี้ ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer<sup>11</sup> ซึ่งประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting) คือ สิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จ ให้ความสนใจ ให้คุณค่า และคาดว่า จะเกิดขึ้นในอนาคต การตั้งเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ซึ่งระดับยากง่าย นั้นรวมถึงระดับความยากง่ายในการรับรู้ ระดับความยากง่ายในมาตรฐานความเป็นจริง หรือระดับความถูกต้อง ที่ต้องการจาก เป้าหมาย ขั้นที่ 2 การติดตามตนเอง (self monitoring) คือ ขั้นตอนของการสังเกตติดตาม และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรม ที่สังเกต และติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผลทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังรวมถึงการสังเกตติดตามและบันทึกปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วย การติดตามตนเองทำให้บุคคลประเมินได้ว่า ที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การแสดงพฤติกรรม จึงเป็นไปอย่างรู้ตัว หรือมีสติ ขั้นที่ 3 การประเมินตนเอง (self evaluation) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น เมื่อออกร้านขาย ควบคุมอาหาร ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และการจัดการความเครียด ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ต่อมาจึงตรวจสอบว่าจะระดับน้ำตาลในเลือด หากพบว่าปกติ ก็จะนำไปสู่การเสริมแรงต่อไป ขั้นที่ 4 การเสริมแรงตนเอง (self reinforcement) เป็นการกระทำของบุคคลที่กระทำการเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองเป็นผู้กำหนดไว้ และ

จะทำให้ความลี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งตัวเสริมแรงมีทั้งตัวเสริมแรงจากภายใน ได้แก่ คำพูดชมเชยตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจ พึงพอใจ และตัวเสริมแรงภายนอก ได้แก่ สิ่งเสริมแรงที่เป็นวัตถุหรือกิจกรรมต่างๆ หรือได้รับการเสริมแรงจากผู้อื่น เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด จะทำให้ความลี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control groups design)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 35-59 ปี 2) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ 1-10 ปี 3) ใช้ยาชนิดเม็ดรับประทาน 4) มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ( $HbA_{1c}$ ) มากกว่า 7.0 มอล เปอร์เซ็นต์ ขึ้นไป 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ 6) อ่านภาษาไทยได้ 7) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด 8) ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ 9) รับรู้ปัญหาตนเองและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจนครบโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยเพคท์ใหม่องกันชนิดยาเม็ดรับประทานที่เหมือนกัน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 30 ราย และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรมที่ผู้จัดพัฒนาขึ้นตามแนวคิดกลวิธีการจัดการตนเองของ Kanfer<sup>10</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting) เพื่อให้มีแรงจูงใจมีความพยายามที่จะจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการสังเกตตนเองและบันทึกปริมาณและความลี่ของพฤติกรรมโดยใช้แบบติดตามเองซึ่งในแบบติดตามเอง ประกอบด้วย แบบบันทึกการรับประทานอาหารทุกวันใน 1 สัปดาห์ 2) แบบบันทึกการออกกำลังกายและแบบบันทึกการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ทุกวันใน 1 สัปดาห์ 3) แบบ



บันทึกการประเมินความเครียด และ 4) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมคู่มือการจัดการตนเอง ประกอบการปฏิบัติตัวที่บ้าน ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (self evaluation) เป็นการประเมินพฤติกรรมจากการใช้แบบติดตามตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานสามารถประเมินพฤติกรรมแต่ละด้านได้ว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงตนเอง (self reinforcement) หลังจากผู้ป่วยเบาหวานประเมินแบบติดตามตนเองแล้วพบว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นการเพิ่มความลึกในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อยๆ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านควบคุมการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และด้านการจัดการความเครียด มีจำนวน 26 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เป็นการวัดความลึกการปฏิบัติตัว ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติตุกวัน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 5-6 วัน หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วัน หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วัน หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลย

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนทดลอง เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) โดยการให้ทำแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และเจาะลึกส่องส่องตรวจสอบด้วยไมโครสโคป ที่ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพให้เวลา 60 นาที และนัดหมายกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อดำเนินงานในเดือนกุมภาพันธ์ พฤศจิกายน พ.ศ.2553

การดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นระยะการเตรียมความพร้อมให้กลุ่มทดลอง โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะในด้านการ

ควบคุมการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการความเครียด ตามโปรแกรมเพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันและสามารถจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 1 วัน ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วัยพubคลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่บ้าน เพื่อดำเนินการติดตามปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยตรวจสอบจากแบบบันทึกการติดตามตนเอง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการความเครียด ของแต่ละวัน ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้คำชี้แจง และติดดาวสีทอง 5 ดวง ในแบบบันทึกการติดตามตนเอง เมื่อปฏิบัติตามเป้าหมาย ในรายที่ปฏิบัติไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้วัยพุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะ จนสามารถปฏิบัติตามกลไกของการจัดการตนเองได้สำเร็จ ใช้เวลา 45 - 60 นาที และนัดหมายตรวจประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พร้อมบันทึกการประดับน้ำตาลในเลือด ระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3 - 12) เป็นระยะให้กลุ่มทดลองปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน และให้เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงานไว้เพื่อติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลาเมื่อมีปัญหาหรือมาพบด้วยตัวเองที่โรงพยาบาล คำม่วง

หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 13 นัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคชุดเดิม ยกเว้นข้อมูลทั่วไปและเจาะลึกส่องส่องตรวจสอบด้วยไมโครสโคปในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2553

กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการซึ่งจะดูแลและให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการประเมินอาการและการแสดงต่าง ๆ สัญญาณชีพ การติดตามการรักษา และการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวทั่วไปเพื่อนำไปใช้ที่บ้าน การมาตรวจตามนัด วัดประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรค Pre-test, Post-test และเจาะลึกส่องส่องตรวจสอบด้วยไมโครสโคปในวันที่ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วัยพุ่งได้ชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยว่ามีสิทธิ์ตอบรับ



หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอม ผู้ว่าจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษา

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมการควบคุมโรคและระดับชีวโมโนโกลบิน เอวันชีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที่ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมการควบคุมโรคและระดับชีวโมโนโกลบินเอวันชีก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test

### ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 30 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวนกลุ่มละ 13 ราย ร้อยละ 86.7 และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.2 ปี (S.D.= 6.2) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 47.3 ปี (S.D.= 6.3) สถานภาพการสมรสคู่ จำนวน 11 ราย ร้อยละ 73.3 การศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับชั้นประถมศึกษา โดยกลุ่มทดลองมีจำนวน 14 ราย ร้อยละ 93.3 กลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 ราย ร้อยละ 100 อาชีพของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ คือ เป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน มีจำนวน 8 ราย ร้อยละ 53.3 ส่วนอาชีพของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ ทำนา ทำไร่ ค้าขาย รับจ้าง มีจำนวน 7 ราย ร้อยละ 46.7 ส่วนรายได้ทั้งสองกลุ่มต่อเดือนค่อนข้างต่ำและใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีรายได้ 2,500 บาท (Median) (S.D. = 2,231.80) กลุ่มควบคุมมีรายได้ 2,000 บาท (Median) (S.D. = 2,954.87) ส่วนระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองระยะเวลาเฉลี่ย 5.33 ปี (S.D. = 2.23) กลุ่มควบคุมระยะเวลาเฉลี่ย 5.53 ปี (S.D. = 2.53)

2. พุทธิกรรมควบคุมโรค พบร้า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 3.45 (S.D.=0.38) และมี

คะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมด้านการควบคุมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีเท่ากับ 3.62 (S.D.=0.25) คะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.73 (S.D.=0.93) คะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดีเท่ากับ 3.75 (S.D.=0.78) และคะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 3.24 (S.D.=0.96) ภัยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี เท่ากับ 4.44 (S.D.= 0.21) และมีคะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมด้านการควบคุมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีเท่ากับ 4.36 (S.D.=0.21) คะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีเท่ากับ 4.23 (S.D.=0.45) คะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดีมากเท่ากับ 4.95 (S.D.=0.11) และคะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี เท่ากับ 4.64 (S.D.=0.32) ทดสอบคะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมการควบคุมโรค กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติทดสอบที่ (Dependent t-test) ส่วนพุทธิกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ทดสอบด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon signed-ranks test พบร้า คะแนนเฉลี่ยพุทธิกรรมการควบคุมโรคทั้งโดยรวมและเป็นรายด้านภัยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ระดับชีวโมโนโกลบินเอวันชีของผู้ป่วย พบร้าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยของระดับชีวโมโนโกลบินเอวันชี ( $HbA_{1c}$ ) อยู่ในระดับควบคุมโรคไม่ได้ต้องแก้ไข เท่ากับ 8.42 (S.D.=1.76) ภัยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยของระดับชีวโมโนโกลบินเอวันชี ( $HbA_{1c}$ ) อยู่ในระดับควบคุมโรคได้ เท่ากับ 6.67 (S.D.=1.40) และทดสอบค่าเฉลี่ยของระดับชีวโมโนโกลบินเอวันชีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติทดสอบที่ (Dependent t-test) พบร้า ค่าเฉลี่ยของระดับชีวโมโนโกลบินเอวันชี หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



**4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรค พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่แตกต่างกัน ( $P > 0.05$ ) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี เท่ากับ 4.44 ( $S.D.=0.21$ ) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการควบคุมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีเท่ากับ 4.36 ( $S.D.=0.21$ ) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีเท่ากับ 4.23 ( $S.D.=0.45$ ) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดีมากเท่ากับ 4.95 ( $S.D.=0.11$ ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี เท่ากับ 4.64 ( $S.D.=0.32$ ) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.49 ( $S.D.=0.54$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการควบคุมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีเท่ากับ 3.66 ( $S.D.=0.48$ ) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.88 ( $S.D.=1.27$ ) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี เท่ากับ 3.75 ( $S.D.=0.80$ ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.15 ( $S.D.=0.89$ ) และทดสอบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติที่ (Independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคทั้งโดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05**

**5. เปรียบเทียบระดับชีวโมโนโกลบินเอวันซีของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งสองกลุ่ม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับชีวโมโนโกลบินเอวันซีและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่แตกต่างกัน ( $P>0.05$ ) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับชีวโมโนโกลบินเอวันซีเท่ากับ 6.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.40 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของระดับชีวโมโนโกลบินเอวันซีเท่ากับ 8.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.3 และทดสอบค่าเฉลี่ยของระดับชีวโมโนโกลบินเอวันซีระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ**

จัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติที่ (Independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับชีวโมโนโกลบินเอวันซีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

### การอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่าหมายถึง มีการปฏิบัติการจัดการตนเองมากกว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ควบคุมโรคได้เหมาะสม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยเบาหวานใช้บันทึกการติดตามตนเองเพื่อติดตามการรับประทานอาหาร 1 วัน ใน 1 สัปดาห์ และมีการนับจำนวนอาหารที่รับประทานในแต่ละส่วน พิจารณาตัวเลขปริมาณอาหารเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการกะประมาณส่วนของอาหารตามขนาดช้อนโต๊ะหรือทัพพีที่ระบุไว้โดยมีภาพเลี่ยงประกอบ ในคู่มือการจัดการตนเองเพื่อให้ปริมาณอาหารเป็นไปตามเป้าหมาย และจากการพูดคุย พบว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงการรับประทานข้าวเหนียวกับข้าวเจ้า สลับกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของพัชราภรณ์ กิ่งแก้ว<sup>15</sup> พบว่า กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้จะรับประทานข้าวเจ้าเป็นหลักและหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้สักจากแบบบันทึกการติดตามตนเองพบผู้ป่วยรับประทานผักมีความถี่เพิ่มขึ้น

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักและลดรอบเอวด้วยตนเองโดยที่ผู้จัดได้ประเมินความเป็นไปได้ในเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดขึ้นและให้คำชี้แนะเป้าหมายที่เหมาะสม ผู้ป่วยปฏิบัติการออกกำลังกาย จากนั้นได้ซึ่งน้ำหนัก วัดรอบเอว พร้อมบันทึกในแบบติดตามเอง และประเมินผลโดยการพิจารณาจำนวนค่าน้ำหนัก ค่าเส้นรอบเอวที่ดัดได้ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ให้แรงเสริมตนเอง ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเอง



ที่จะออกกำลังกายเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการวิจัยของพัชราภรณ์ กิ่งแก้ว<sup>15</sup> พบว่า ผู้ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีเป็นจำนวนมากที่มีเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกสูงกว่าปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด มีการตั้งเป้าหมายตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยบันทึกเป้าหมายในแบบบันทึกการติดตามตนเองและมีการปฏิบัติตามตามเงื่อนไข ไว้รับประทานวันต่อวัน หลังรับประทานยาผู้ป่วยบันทึกโดยขีดเครื่องหมายถูกในช่องตามวัน เวลาที่รับประทานเมื่อปฏิบัติในการรับประทานยาได้ครบถ้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ และเกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการวิจัยของ ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์<sup>16</sup> กลุ่มควบคุมที่ได้รับการเพิ่มขนาดของยารับประทานทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และกลุ่มทดลองที่ได้รับการลดขนาดยาเมื่อรับประทานทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้น โดยยาที่ใช้ในการวิจัย ครั้นนี้มี 2 ชนิด และมีการออกฤทธิ์กระตุ้นการหลังอินซูลิน และยาที่ออกฤทธิ์ในการใช้น้ำตาลในกล้ามเนื้อ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง<sup>17,18,19,20</sup>

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น จากมีการสังเกตพฤติกรรมตนเองและบันทึกความเครียดโดยใช้แนวทางตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตมีจำนวน 20 ข้อ และพิจารณาข้อที่มีความผิดปกติ ประเมินผลระดับความเครียด และจัดการความเครียดไว้ตามระดับภาวะเครียดที่ประเมินได้ โดยใช้วิธีการจัดการตนเองที่ฝึกทักษะประกอบกับคู่มือการจัดการตนเองที่แจกให้ เช่น การทำสมาธิ การฝึกหายใจเข้าออก จากการพูดคุยกับผู้ป่วยล่วงหน้าจะมีอาการวิตกกังวลทำให้นอนไม่หลับเจ็บปวดท้อง หรือให้รู้สึกประสาดมต์ สอดคล้องกับ สุปรีดา แก้ววงศ์<sup>21</sup> ได้ทำการศึกษา การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการผ่อนคลายใจและการฝึกนวดคลายเครียดด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะวิตกกังวล พบร้า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลง

ข้อสำคัญในการใช้กลวิธีการจัดการตนเอง คือ 1) การติดตามที่บันทึกไว้ การให้คำชี้แจง และช่วยเหลือ

สอนฝึกทักษะช้า และการนัดประเมินผล อีก 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่องต่อไป 2) แบบบันทึกการติดตามตนเองใช้บันทึกจากการสังเกตพฤติกรรมตนเองและมีการประเมินผล ซึ่งแบบบันทึกนี้ มีลักษณะที่พับได้ใส่กระเป๋าได้พอดี มีข้อความที่ระบุเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยใช้ติดตามตนเอง ทั้ง 4 ด้าน เมื่อบันทึกแล้วสามารถประเมินตนเองกันเป้าหมายที่ตั้งไว้

สรุปผลของโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วย มีการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้น มีความสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ของ华文慧 กังใจ<sup>22</sup> พบร้า กลุ่มทดลองมีความตื่นของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และผลกระทบด้านจิตสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึงอินสูลิน ซึ่งรัชวรรณ ตุ้แก้ว<sup>13</sup> ได้ศึกษา พบร้า หลังการทดลองการปฏิบัติการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวันชีลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อนิมัยได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานได้เหมาะสม โดยการประเมินการควบคุมโรคจากค่าระดับฮีโมโกลบินเอวันชี ซึ่งเป็นการประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาตามอายุของประเทศไทย ซึ่งมีอายุในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 12 สัปดาห์<sup>22</sup> ซึ่งพบว่ามีค่าลดลงสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงด้วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง เพื่อเกิดฮีโมโกลบินเอวันชี จะขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันชี<sup>23-28</sup> สอดคล้องกับการวิจัยของรัชวรรณ ตุ้แก้ว<sup>13</sup> ภายนอกให้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึงอินสูลิน พบร้า ระดับฮีโมโกลบินเอวันชีลดลง ในระยะ 12 สัปดาห์ เท่ากับ 6.42 สอดคล้องกับอุ่รวรรณ สิงห์ยะเมือง และคณะ<sup>29</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง แรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่า ระดับฮีโมโกลบินเอวันชี ก่อนทดลอง มีค่าเท่ากับ 9.10 และติดตามระดับฮีโมโกลบินเอวันชี ในระยะเวลา 13 สัปดาห์ พบร้า ลดลงเป็น 7.82

จากการวิจัยครั้นี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรม



การควบคุมโรคให้เหมาะสมและลดระดับอีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้จึงควรนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้บริการตามโปรแกรมการจัดการตนเองในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน

2. ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำแบบบันทึกการติดตามตนเองขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นลักษณะของอาหาร จำนวนหรือสัดส่วนอาหารที่วัดเป็นหน่วยช้อนโต๊ะ จึงควรนำแบบบันทึกการติดตามตนเองใช้เป็นสื่อในการสอนให้ผู้ป่วยรับรู้รูปแบบการควบคุมพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด และการประเมินความเครียดด้วยตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามประเมินผลหลังให้โปรแกรมการจัดการตนเองในระยะยาว

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2553

### เอกสารอ้างอิง

- สุทิน ศรีอัษฎาพร. การแบ่งชนิดและพยาธิกำเนิดของโรคเบาหวาน: โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์; 2548.
- Wild Sarah et al. Global Prevalence of Diabetes: Diabetes Care 2004; 27(5): 1047-1053.
- WHO. Prevalence of diabetes in the WHO South-East Asia Region: Prevalence data; 2004.
- ชนิชรา นันทนบุตร และคณะ. การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสาน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
- จิตตินันท์ พงษ์วรรณ และคณะ. ประสบการณ์ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน. วารสารพยาบาลสังชลนครินทร์ 2542; 19(3): 79.
- กอบกุล พันธุรัตนอิสระ, น้ำผึ้ง ดุรงคกรวงศ์, รณรุทธิ์ บุตรแสนคง. การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงงานสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตະวันออกเฉียงหนึ่ง 2552; 27 (1): 33-40.
- คมช้า ชินพันธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน: ศึกษาเฉพาะในศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางชื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2546; 16(3): 10.
- ศศิธร กรุณา. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
- ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ทะเบียนบ้านทึกกิจกรรม ประจำวัน ผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลคำม่วง. ม.ป.ท.; 2550.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิช. ฤทธิ์และเทคนิค การปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- Kanfer F. Self-management Methods In F. Kanfer & A. Goldstein(Eds) Helping People Change: A text book of Methods. 3<sup>rd</sup> ed, New York: Pergamon Press; 1988.
- จิตติมา จรัญสิทธิ์. ผลของการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
- รัชวรรณ ตู้แก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับอีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550
- Felicia Hill-Biggs el at. Association of social problem solving with glycemic control in a sample of Urban African Americans with Type 2 Diabetes. journal of behavioral medicine 2006; February: 29, 1.



15. พัชราภรณ์ กิ่งแก้ว. การเปรียบเทียบการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลเชื่องในจังหวัดอุบลราชธานี (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
16. ศรีสุพรรัณ นันท์ไพบูลย์. ผลของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
17. วรรณ วงศ์ถาวรวัฒน์, วิทยา ศรีดำเนา, สมพงษ์ สุวรรณลักษยการ. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด. ใน การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. อธิบดี สันนบุญ วรรณ วงศ์ถาวรวัฒน์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549
18. วิลาวัณย์ ชมนิรันต์, นิตย์ ทัคโนยม. การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 12-21.
19. ศิริพร รองหานาน. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 22-30.
20. กาญจนภา ปัญญาธาร. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน: การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ตำบลเชียงยืน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 19-30.
21. สุปรีดา แก้วนาง. การให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผ่อนลงหายใจและการฝึกนวดคลายเครียดด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะวิตกกังวล (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
22. วารี กังใจ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยทิศล; 2549.
23. ศิริรัตน์ พลอยบุตร, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, สุทิน ศรีอัษฎาพร. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคเบาหวาน. ใน โรคเบาหวาน. สุทิน ศรีอัษฎาพร และวรรณา นิธิyanan (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: เวือนแก้วการพิมพ์; 2548.
24. อินชา ศรีญญาวงศ์, สุจิตรา ลิ่มอำนวยลาภ. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 41-46.
25. ทองสมัย ยุรชัย, เปญญาดา จันทร์นวล, อัมพรพรรณ ฉิตราณุช. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวาน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 226(3): 36-46
26. กอบกุล พันธุรัตน์อิสระ, น้ำผึ้ง อุ่นโคกกรวด, รัมรุทธ์ บุตรแสนคง. การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
27. นิตยากร อุนพรหม, วันเพ็ญ ปั้นราช. การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนบ้านดงอุดม ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 48-56.
28. สรีญญา ปั่นเพชร, จิตวินันท์ ศรีจักรโภต. ผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 38-47.
29. อุไรรัณ ลิงท์ยะเมือง, วัลยพร นันทศุภวัฒน์, พร้อมจิตร ห่อนบุญเพิ่ม. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อระดับ гемоглобинที่มีน้ำตาลเกะ (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(1): 56-63.



## การรับรู้และการแสดงออกในการเป็นผู้สูบบุหรี่มือสองของผู้หญิงในชนบทอีสาน\*

ศรีพร วนนา พย.ม.\*\* นิตย์ ทัศนิยม PhD\*\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการรับรู้ และการแสดงออกในการเป็นผู้สูบบุหรี่มือสองในครอบครัวของผู้หญิงในชุมชนชนบทอีสานแห่งหนึ่ง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้หญิงแม่บ้านที่มีสมาชิกในครอบครัว สูบบุหรี่ จำนวน 23 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้หญิง 18 คน รู้ว่าค่านบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุตรคลื่นในครอบครัว แต่ 20 คน รับรู้ว่าการสูบบุหรี่ในผู้ชายเป็นเรื่องปกติ เพราะเคยพบเห็นบุตรคลื่นอยู่ใกล้ชิดสูบบุหรี่มาตั้งแต่เล็กจนโต มีเพียง 3 คน ที่เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นนิสัยที่ไม่ดีของผู้ชาย เพราะส่งผลเสียต่อสุขภาพของบุตรคลื่นข้างล่าง เป็นผลลัพธ์ ค่าใช้จ่าย เสียเวลาในการทำงาน และเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีให้แก่ลูก ๆ การแสดงออกของกลุ่มเป้าหมายปัญหาเกี่ยวกับ การสูบบุหรี่ พบร่วมเป้าหมาย 3 คน ต้องการจัดการกับปัญหานี้ แต่ได้รับการต่อต้านจากผู้ชาย ทำให้ผู้หญิง ต้องยอม อีก 11 คน ว่ากล่าวตักเตือน เจรจาด้วยเหตุผล จำกัดพื้นที่ในการสูบบุหรี่ จัดบริเวณบ้านให้อาศาสตร์ เท ได้สะดวก และหาวิธีการเพื่อช่วยลดการสูบบุหรี่ เช่น อมถุงลม หรือเคี้ยวหมากฟรุ๊งเพื่อทดแทนการสูบบุหรี่ ข้อค้นพบนี้ อนิบาลว่าในบริบทที่ศึกษา สังคมได้กำหนดบทบาทของชายหญิงตามความคาดหวังของสังคมผ่านระบบสังคมวัฒนธรรม ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางอำนาจของชายหญิงในครอบครัวและสังคม สถานการณ์นี้ส่งผลให้เด็กและผู้หญิงต้อง ได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้สูบบุหรี่มือสองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และการที่มีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยที่เป็น ผลกระทบบุหรี่ ก็เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงกล้าที่จะต่อรอง และจัดการแก้ปัญหานี้ การศึกษานี้สนับสนุนให้พยาบาล มีความเข้าใจในแนวคิดบทบาทชายหญิงและมีความไวต่อแนวคิดนี้ในการให้บริการ

คำสำคัญ: ผู้สูบบุหรี่มือสอง บทบาทชายหญิง

### Perceptions and Reactions of Women as Secondhand Smokers in Families: A Case Study in Isan Rural

Sripree Wanna M.N.S.\*\* Nit Tassaniyom PhD\*\*\*

### Abstract

This study aimed to describe perceptions and reactions of women as secondhand smokers in families. The data were collected by semi-structured interview 23 women in the households which there were at least one smoker. Data analysis was based on simple distribution according to the framework of the study. Twenty-three women were eligible to be interviewed. The result showed that 18 women know about the impact of secondhand

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาร

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



smoking on health. Majority of them (20 cases) perceived men smoking were normal and acceptable. The explanations were: they were acquainted with men smoking which was common in the society; cultural practice which tobacco was an essential component in every occasions, such as, marriage ceremony, to entertain guests calling at home and for relaxation. Only three of them perceived smoking was unacceptable, because; it created health problems, disturbed other people, wasted money and time, and being negative role models for kids, but they could do nothing because there were strong reactions from men. They, therefore, had to keep quiet in order to keep family lives go on. However, eleven of the women tried to manage this problem. These included verbal response and finding ways to help men stop smoking, such as, negotiation with smokers, limited smoking areas in the house, suggested gum chewing or candy for alternatives, or increase room ventilation. The results showed the inequity in power relationship among men and women in this culture. The gender issue affected the impact of secondhand smokers on children's and women's health in the families. This understanding also enabled nurses to understand the concept of gender and gender sensitive care.

**Keywords:** secondhand smokers, gender

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

ผู้สูบบุหรี่มือสอง (secondhand smoker/ passive smoker/ environmental smoker) หมายถึง บุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นการเป็นผู้สูบบุหรี่มือสองจะไม่ได้เกิดจากความต้องการ/ หรือการกระทำของตนเอง แต่เป็นผลจากการตอกย้ำในภาวะจำยอม ยกตัวอย่าง หลักเลี้ยง และแหล่งมลพิษที่สำคัญที่สุดคือภายในอาคารตั้งแต่ประเทศไทยมีนโยบายในการควบคุมการสูบบุหรี่ โดยมีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ทำให้มีการเพิ่มพื้นที่จำกัดเขตสูบบุหรี่มากขึ้น เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ก็หมายความนี้ไม่ได้ระบุการห้ามสูบบุหรี่ภายในที่พักอาศัย หรือบ้านเรือนของตนเอง จึงทำให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้<sup>2</sup>

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พนบฯ ประชากรผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำส่วนใหญ่จะสูบขณะอยู่ที่บ้านถึงข้อยละ 85.8 และ 84.5 ในปี พ.ศ. 2544 และ 2547 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปที่เป็นผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 40.9 ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2549 จึงคาดว่าประชากรไทยที่มีโอกาสสัมผัสกับควันบุหรี่ในบ้านรวมทั้งสิ้น 15.9 ล้านคน จากประชากรของประเทศไทย 65.2 ล้านคน<sup>3</sup>

ผลของควันบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมปอดโป่งพอง อีกทั้งยังก่อให้เกิดมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ulatoryระบบภายในร่างกาย การเผาไหม้ของควันบุหรี่ได้ก่อให้เกิดควันที่ส่งผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดที่อยู่รอบข้าง ซึ่งทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ หรืออาจได้รับผลกระทบมากกว่า<sup>4,5</sup> ควันบุหรี่ที่พ่นออกมายังผู้ที่สูบบุหรี่ยังถือเป็นมลภาวะภายในอาคารบ้านเรือนที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายอย่างมหันต์ต่อผู้ที่สูดดมควันบุหรี่ในบริเวณใกล้เคียง<sup>6,7,8</sup> การศึกษาในผู้หญิงที่มีสามีสูบบุหรี่จัด (มากกว่าวันละ 20 นาที) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องเป็น 2-3 เท่าของผู้หญิงที่มีสามีไม่สูบบุหรี่ และมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้หญิงที่มีสามีไม่สูบบุหรี่ 3-4 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 30-40 ปี มากกว่าผู้หญิงที่มีสามีไม่สูบบุหรี่ถึง 4 ปี ตารางที่ 1 แสดงผลของการสัมผัสร่วมกับควันบุหรี่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงที่สูงกว่าผู้หญิงที่ไม่มีบุตร 4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้หญิงที่ไม่มีบุตรและไม่สูบบุหรี่ 4 เท่า<sup>9,10,11</sup>



แม้ว่าปัญหาและความสำคัญของการเป็นผู้สูบบุหรี่มีสองจะเพิ่มมากขึ้น แต่การศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ของครอบครัวในบริบทสังคมอีสาน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ของผู้หันยังต่อการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการแสดงออกของผู้หันยังในการเป็นผู้สูบบุหรี่มีสองในชุมชนชนบทภาคอีสานแห่งหนึ่ง

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ และการแสดงออกในการเป็นผู้สูบบุหรี่มีสองของผู้หันยัง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงานของผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นแม่บ้านที่มีสามาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือน มิถุนายน 2552 – กุมภาพันธ์ 2553

การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยคุ้นเคย ในเบื้องต้นผู้วิจัยสอบถามข้อมูลหลังค่าเรือนที่มีผู้สูบบุหรี่จากผู้นำชุมชน พบว่า มีทั้งหมด 43 หลังค่าเรือน จำกจำนวนทั้งหมด 87 หลังค่าเรือน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ พบว่า มีแม่บ้าน 23 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ไม่สมัครใจมี 11 คน โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาต้องไปทำงาน สุขภาพไม่แข็งแรง 6 คน และบ้านเรือนอยู่ห่างไกลชุมชน ไม่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลได้ เพราะอาจไม่ปลอดภัย 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้  
 1) ความรู้เกี่ยวกับผลของค่านบุหรี่มีสองต่อสุขภาพ  
 2) การรับรู้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ชาย และ 3) การแสดงออกต่อการสูบบุหรี่ของผู้ชายที่อยู่ร่วมบ้านอย่างไร ก็ตามในการสัมภาษณ์จริงจะเป็นการพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการลงลายมือชื่อ และสมัครใจให้สัมภาษณ์โดยวิชา (verbal consent)

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญ ผู้วิจัยได้เตรียมตัวโดยทบทวนการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับประเด็นวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และได้เข้าร่วมฝึกเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยของอาจารย์ที่ปรึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มจากการจัดการข้อมูล (data handling) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยนำไปเขียนรายละเอียด บรรยายสรุปข้อมูลรายละเอียดของแต่ละคน และจัดเก็บข้อมูลเป็นแฟ้มรายบุคคล มีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และปรับข้อมูลให้ทันสมัยเมื่อมีข้อมูลเพิ่มขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูล อ่าน และตรวจสอบข้อมูลหลาย ๆ ครั้ง สรุปประเด็นที่สำคัญ และแจงนับข้อมูลโดยใช้ลักษณะ พร้อมๆ ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นผู้หันยัง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนอายุระหว่าง 26-59 ปี 20 คน (ร้อยละ 87) สถานภาพสมรสสูตร 20 คน (ร้อยละ 87) ผู้หันยังที่ให้ข้อมูลมีสถานะเป็นภรรยา 17 คน (ร้อยละ 73.9) เป็นแม่ 2 คน (ร้อยละ 21.7) เป็นลูกหรือลูกสะใภ้ 2 คน (ร้อยละ 8.7) มีตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชนโดยเป็น อสม. และมีตำแหน่งเป็นหัวหน้ากลุ่มอาชีพในหมู่บ้าน 4 คน (ร้อยละ 17.4)

2. ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของค่านบุหรี่ต่อสุขภาพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ 18 คน (ร้อยละ 78.3) รู้ว่าค่านบุหรี่มีสองมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ทำให้เกิดโรคหอบหืด โรคถุงลมปอดโป่งพอง โรคมะเร็งปอด อาการภูมิแพ้ และปวดศีรษะ ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับผลเสียของค่านบุหรี่ต่อสุขภาพจากการเข้าร่วมกิจกรรมประชุม อบรม การรณรงค์ และสุขศึกษา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาล หรือได้รับความรู้จากประสบการณ์ตรงที่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย จนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามกลุ่มเป้าหมาย 5 คน (ร้อยละ 21.7) ไม่ทราบว่าการสูดดมค่านบุหรี่ที่คนใกล้ตัวสูบเป็นประจำก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย

3. การรับรู้ต่อการสูบบุหรี่ของผู้ชาย กลุ่มเป้าหมาย 20 คน (ร้อยละ 87) รับรู้ว่าผู้ชายสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมา大事 เพราตั้งแต่เล็กจนโตได้พับเห็นผู้ชายสูบบุหรี่เป็นปกติ จึงมองว่าผู้ชายกับบุหรี่เป็นของคู่กัน กลุ่มเป้าหมายเห็นว่าผู้ชายใช้บุหรี่เพื่อเข้าสังคม หรือสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มผู้ชายด้วยกัน ใช้เพื่อต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมเยียน ใช้บุหรี่เพื่อผ่อนคลายความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน เวลาของการสูบบุหรี่จะ



แตกต่างกันไป บางคนสูบตลอดไม่เลือกเวลา ส่วนมาก สูบในช่วงพักผ่อน และหลังจากรับประทานอาหาร เพราะมีความเชื่อว่าเป็นการดับกลิ่นคาวของอาหาร หากไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกว่าไม่เสร็จภารกิจ เมื่อนักกินข้าวแล้วไม่ได้เมื่มนาตาม

กลุ่มเป้าหมาย 3 คน (ร้อยละ 13) ไม่เห็นด้วยที่ผู้ชายสูบบุหรี่ เหตุผล เพราะเห็นว่าเป็นการลื้นเปลืองเงิน โดยเปล่าประโยชน์ เสียเวลาทำมาหากิน ละทิ้งเวลาทำงานไปสูบบุหรี่วันละหลาย ๆ ครั้ง และจะเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีสำหรับเด็ก ๆ เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเคยพบว่า ครอบครัวใดที่มีพ่อสูบบุหรี่ลูกชายก็มักจะสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมลอกเลียนแบบ และเห็นว่าเป็นสิ่งที่ควรจะลด ละ เลิก

**4. การแสดงออกต่อการสูบบุหรี่ของผู้ชาย** แม้ว่ากลุ่มเป้าหมายจะไม่เห็นด้วยที่ผู้ชายสูบบุหรี่ แต่ในกลุ่มนี้ 14 คน (ร้อยละ 61) ก็ไม่สามารถจัดการอะไรได้ เพราะได้รับการต่อต้านจากผู้ชาย “ให้ข้อความว่า “สูบบุหรี่กับให้ไปกินเหล้า กินยาลงบ้า จะเดือดอะไร” ทำให้ผู้หญิงต้องยอมเงี่ยนไปโดยปริยาย เพื่อรักษาความสงบสุขของชีวิตครอบครัว ผู้หญิงในกลุ่มนี้มีการแสดงออกดังนี้ เดินหนี (9 คน) เลยๆ (3 คน) ในกรณีที่ผู้สูบเป็นลูก ก็มักจะเกรงใจ พยายามไปสูบไกล ไม่ให้ได้กลิ่น (2 คน)

ในกรณีที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว เช่น มีคนเป็นโรคหอบหืด หรือล้างความรำคาญให้กับคนอื่น ประกอบกับอยู่ในฐานะภรรยา กลุ่มเป้าหมาย 9 คน (ร้อยละ 39) ได้จัดการกับปัญหานี้โดยใช้วิธีต่าง ๆ ได้แก่ การพูดเพื่อเตือนสติ หรือแสดงออกว่าการสูบบุหรี่ของผู้ชายนั้นควรเมิก្ស ระเบียบของครอบครัว เช่น จำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ (2 คน) หรือจัดบ้านเพื่อให้อาคารถ่ายเทสะตวกร (1 คน) บอกผลเสียทางสุขภาพ (3 คน) จัดหาสิ่งที่ดีแทน เช่น ลูกอม หรือಹماກฝรั่ง (2 คน)

## การอภิปรายผล

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มองว่าการสูบบุหรี่ของผู้ชายเป็นเรื่องปกติ แม้ว่าบางคนจะรู้ด้วกวัฒนธรรมที่มีสองส่วนเลี้ยงต่อสุขภาพ แต่การเดินโตรมาในวัฒนธรรม การสูบบุหรี่ของผู้ชาย และการใช้บุหรี่ในประเพณีและพิธีกรรมต่าง ๆ ดังเด่นบ้ายศรีสู่ชั้น งานมงคลจะมียาสูบ หรือบุหรี่ซึ่งเป็นเครื่องประกอบ เช่น พิธีการสู่ขอ และ

แต่งงานที่มีการแต่งขันดอกไม้ขูปเทียน ซึ่งมี “กอกยา” หรือบุหรี่มาเป็นเครื่องประกอบ ตลอดจนพิธีการส่งเชย พิธีการสูชวัณยูที่เกิดใหม่ พิธีสู่ชั้นให้คนที่หายจากการเจ็บป่วยเพื่อให้อยู่ดีมีแข็ง (มีสุขภาพที่แข็งแรง) ในพาชัญจะมีบุหรี่เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ตลอดจนใช้บุหรี่เพื่อต้อนรับแขกในชีวิตประจำวัน จึงทำให้มองว่าบุหรี่ กับผู้ชายเป็นเรื่องธรรมชาติ

การแสดงออกต่อการเป็นผู้สูบบุหรี่มีสอง แม้ว่าจะมีความรู้เรื่องผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ และไม่ยอมรับว่าการสูบบุหรี่ของผู้ชายเป็นเรื่องปกติ แต่ผู้ให้ข้อมูล 3 คน ก็ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ เพราะผู้ชายไม่เห็นด้วย และมีปฏิกรรมตอบโต้ทำให้ผู้หญิงต้องยอมชั่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชาย และความไม่เท่าเทียมในความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ทั้ง ๆ ที่ในสังคมวัฒนธรรมนี้ผู้หญิงมีความสำคัญ กล่าวคือชุมชนที่ศึกษาเป็นชนแห่งผู้หญิง มีประเพณีการสืบทอดมรดกให้ตอกแก่บุตรสาวคนเล็ก ที่จะต้องทำหน้าที่ดูแลเพื่อแม่ยาม แก่เฒ่า พิธีแต่งผู้ชายเข้าบ้านฝ่ายหญิง ให้วัผิบรรพบุรุษฝ่ายหญิง ในขณะที่ผู้หญิงก็มีบทบาทสำคัญทั้งในบ้านและนอกบ้าน แต่ผู้หญิงก็ถูกสอนให้ผู้ชายเป็นหัวหน้าครอบครัวและให้ผู้หญิงมีหน้าที่เก็บรักษาเงิน สิ่งเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงในสังคมนี้มีสถานะที่ต้องกว่าผู้ชาย แม้แต่การแสดงออกในการจัดการปัญหา การสูบบุหรี่ก็ยังต้องกระทำโดยอยู่ภายใต้อำนาจของผู้ชาย สะท้อนให้เห็นว่าแม่ผู้หญิงจะเป็นผู้ที่มีอำนาจภายในบ้าน แต่แฟรงด้วยความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ชายและผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร พุฒิพิสิฐเซช<sup>12</sup> ที่พบว่า พฤติกรรมในการปกป้องสิทธิมนิ顿时จากการได้รับความบุหรี่มีสองสูงที่สุด คือ การเดินหนี การแสดงออกด้วยการพูดอ้อม ๆ ส่วนการที่จะขอร้องไม่ให้สูบบุหรี่นั้นยังพบน้อย เนื่องจากบุคลิกภาพของคนไทยที่ตระหนักถึงสิทธิและการเรียกร้องสิทธิของตนเองต่า ไม่กล้าเผชิญกับความชัดแจ้งโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเป็นหญิงเจ้มกัดการความขัดแย้งโดยการประนีประนอม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจงกลนี ศรีจักรโภคตรา<sup>13</sup> ที่ได้พบว่าผู้สูงอายุหญิงมักได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้สูงอายุชาย<sup>14</sup> แม้สังคมจะให้เกียรติผู้หญิงอยู่มาก แต่ความไม่สมดุลทางอำนาจ และความไม่



เสนอภาคระหว่างหญิงชาย โดยผู้ชายยังคงเป็นเจ้าของ และควบคุมทรัพย์การของครอบครัว มีอำนาจตัดสินใจ ในเรื่องที่จะเกิดผลกระทบกับครอบครัว และมีอิทธิพลทางโครงสร้างของครอบครัว

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องนี้ออกแบบให้เข้าใจเรื่องการสูบบุหรี่มีอสูงแล้ว ยังทำให้เข้าใจเรื่องบทบาทชายหญิง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของบทบาทชายหญิงในสังคม ความเข้าใจเรื่องนี้ก่อให้เกิดความเข้าใจถึงบทบาทชายหญิงที่ล่วงผลต่อสุขภาพ และเห็นความจำเป็นที่พยาบาล จะต้องมีความเข้าใจ และไวต่อเรื่องนี้ (gender sensitive) ควรมีการนำแนวคิดสถานะบทบาทชายหญิงไปใช้ในการศึกษา และให้การพยาบาลผู้รับบริการที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

### เอกสารอ้างอิง

- บุปฝ ศิริรัคเม และคณะ. ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ดับประเทศรอบที่ 1 (พ.ศ. 2548). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
- ศรัณญา เบญจกุล และคณะ. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534-2549. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2550.
- ศรัณญา เบญจกุล และคณะ. การรับรู้ การปฏิบัติตามและการปักป้องสิทธิของตนเองจากการได้รับความบุหรี่มีอสูง. วารสารควบคุมยาสูบ 2551; 2(1): 2-15.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. การสูบบุหรี่มีอสูง. [ออนไลน์] 2549 [อ้างอิงเมื่อ 26 มกราคม 2550]. จาก <http://www.thaihealth.or.th>
- ประกิต ว่าทีสานอกกิจ ควนบุหรี่มีอสูง กัยจากบุหรี่ที่ไม่ได้สูบ. [ออนไลน์] 2550 [อ้างอิงเมื่อ 27 เมษายน 2550]. จาก <http://www.thaihealt.or.th>
- สมจิต แคนสีแก้ว, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, วิลาวัณย์ ชมนิรันต์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ตามมุมมองของคนไทยอีสาน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตະวันอุอกเจียงเหนือ 2553; 28(3): 42-51.
- วิไลวรรณ วิริยะไชโย. การควบคุมยาสูบ. วารสารวัฒนico โรคทางออกและเวชบำบัดวิกฤต 2549; 27(3): 2549.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาชีวีสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่; 2549.
- มณฑา เก่งการพานิช และคณะ. สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ; 2548.
- สมพร วัฒนกุลเกียรติ, สมจิต แคนสีแก้ว, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง. การบริโภคและการลดการบริโภคสารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตະวันอุอกเจียงเหนือ 2552; 27(1): 41-51.
- ประภารัตน์ ณ พัทลุง, เกษรวัลล์ นิลวรangกูร. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานของคนทำงานวัยกลางคน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตະวันอุอกเจียงเหนือ 2552; 27(4): 12-21.
- เอมอร พุฒิพิสูฐเชฐ. การรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.
- จงกลณี ศรีจักรโภคทร. การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- จิตรินันท์ ศรีจักรโภคทร. การทารุณกรรมผู้สูงอายุมีจริงหรือไม่...ในสังคมไทย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตະวันอุอกเจียงเหนือ 2551; 26(3): 5-11.



## ภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด\*

กอบแก้ว ทองติด พย.ม.\*\* เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ ปร.ด.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ลักษณะอาการทางคลินิก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วย โดยใช้เครื่องมือ 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบรายงานอาการณ์เหราด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉับภาษาไทย 3) แบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันฉับภาษาไทย 4) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านน้ำเรือเดื่อแล้ว 5) แบบประเมินความปวดมาตรฐานวัดแบบตัวเลข และ 6) แบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของภาวะสับสนฉับพลัน ร้อยละ 9.3 ส่วนมากเกิดภาวะสับสนฉับพลันหลังผ่าตัดวันที่ 2 ร้อยละ 42.5 และพบอาการในช่วงเวลาเริ่มต้น (16.00 น.-24.00 น.) ร้อยละ 50 ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบถึงร้อยละ 100 ได้แก่ มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ความผิดปกติในการรับรู้ อาการประสาทหลอน และมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว โดยพบว่า มีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ ร้อยละ 62.5 ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยเดิม ได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี เกิดภาวะสับสนฉับพลัน ร้อยละ 42.9 และมีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 64.3 ได้แก่ เบ้าหวาน ความดันโลหิตสูง ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ระบบที่ผ่าตัดพบว่าการผ่าตัดระบบหลอดเลือดและอวัยวะส่วนปลายเกิดภาวะสับสนฉับพลันร้อยละ 50 รองลงมาผ่าตัดระบบศีรษะในหน้า ช่องปาก และลำคอเกิดภาวะสับสนฉับพลัน ร้อยละ 28.6 มีปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 501-700 ซีซี เกิดภาวะสับสนฉับพลัน ร้อยละ 33.3 และการเปลี่ยนแปลงลิ่่งเดลล้ม เช่น การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และการย้ายหอผู้ป่วยหลังผ่าตัด เกิดภาวะสับสนฉับพลัน ร้อยละ 50

จากการศึกษาที่ได้มีการนำเสนอข้อมูลเพื่อก่อให้เกิดความตระหนกต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันและการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนฉับพลันต่อไป

**คำสำคัญ:** ภาวะสับสนฉับพลัน ผู้สูงอายุ ภาวะสับสนฉับพลันหลังผ่าตัด

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Postoperative Delirium in Older Persons\*

Kobkeaw Thongtid M.N.S.\*\* Penchun Lertrat PhD\*\*\*

### Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the incidence, clinical characteristics and factors of postoperative (POD) in. Subjects in this study were 150 older persons admitted in Accident and Emergency Department and Surgical and Orthopedics Department, Srinagarind Hospital, Faculty Medicine, Khon Kaen University. Five instruments used in this study were Manual for self-detection of Depression in the Thai Elderly, MMSE-Thai 2002, Thai Version of the delirium rating scale, Barthel ADL index, and Numerical pain scale, and Demographic and history of illness record. Data were analyzed using frequency, mean, and percentage.

The results of this study showed that the incidence of POD in older persons was found (9.3%). The onset of POD in older persons mostly found on the second day after operations (42.5%) and found during evening shift (4 pm.-12 pm.) 50%. Three clinical features and symptoms of POD mostly presented, including disturbance of consciousness, perception disturbance, and abnormal movement (100%).

The important predisposing factors found in POD in older persons were age equal or over 80 (37.5%), comorbidity such as diabetes mellitus, hypertension etc. (64.3%). Precipitating factors were operation of organ system, including vascular and lower extremity surgery (50%), head and neck surgery (28.6%); blood loss between 501 and 700 cc. (33.3%); and change in environment, including moving to surgery intensive care unit (50%) and another ward after operation (50 %)

The findings of this study were foundational data, incidence, clinical features and symptoms of POD, and factors related to POD in older persons. Therefore, nurses should be educated this new knowledge in order to realize the dangers that might occur. Nursing practice guideline for preventing and caring for postoperative delirium in older persons should be developed according to the knowledge from of this study.

**Keywords:** delirium, older person, postoperative delirium

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

ภาวะสับสนฉับพลันเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสำคัญในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยเป็นทั้งอาการนำของความเจ็บป่วย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักพบร่วมกับโรคต่างๆ เมื่ออาการของโรคครุณเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันแต่เกิดขึ้นช้าๆ ระหว่างจากความผิดปกติในการทำงานที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (global cognitive impairment) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (altered level of consciousness) อาการที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน (acute onset) อาการ

เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของวัน (fluctuating) ขาดความสนใจ (inattention) และกระบวนการคิดผิดปกติ (disorganized thinking) พูดตะโกนตะกักไม่ประติดประต่อ การตระหนักรู้ต่อสิ่งเร้าลดลง อาจมีภาพหลอนหรือ幻覚 และมีบางช่วงที่สงบ<sup>1</sup>

กลไกการเกิดภาวะสับสนฉับพลันยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะการลดลงของโดปามีน (dopamine) และอะเซทติลโคลีน (acetylcholine) มีการหลั่งสารโคลีโนอร์เซอร์จิก (cholinergic) ลดลงและการหลั่งของโดปามีน



เนอร์จิก (dopaminergic) เพิ่มขึ้น โดยในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะสับสนฉับพลันได้ง่าย การตอบสนองต่อการอักเสบ การเลี้ยงเลือด การบวมของหลอดเลือดและเม็ดเลือดขาวเข้าไปในหลอดเลือด ทำให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ เชลล์ประสาทไม่สามารถปรับตัวและทำหน้าที่ได้ตามปกติจึงเกิดภาวะสับสนฉับพลันหลังผ่าตัด<sup>2</sup> ภาวะสับสนฉับพลันเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง (multifactorial factors) ได้แก่ ปัจจัยเดิม (predisposing factors) เช่น อายุ โรคประจำตัวที่รุนแรงขึ้น มีความบกพร่องในการมองเห็นและได้ยิน เป็นต้น และปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) เช่น การผ่าตัด ความผิดปกติของกระดูกและต่าง ความเจ็บปวด เป็นต้น<sup>3</sup>

อุบัติการณ์ของภาวะสับสนฉับพลันพบบ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุแผนกอายุรกรรมพบร้อยละ 14–56<sup>4</sup> และแผนกศัลยกรรมหลังผ่าตัดพบร้อยละ 15–50<sup>5</sup> และพบมากขึ้นตามอายุ<sup>6</sup> นอกจากนี้การเกิดภาวะสับสนฉับพลันทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 73<sup>7</sup> จำนวนวันนอนเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า<sup>8</sup> อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น<sup>9</sup> และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น<sup>10</sup> ครอบครัวมีความวิตกกังวล และเกิดความเครียด ความเบื่อหน่ายในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น<sup>11</sup> และเป็นภาวะแทรกซ้อนของการให้บริการ

การศึกษาภาวะสับสนฉับพลันในประเทศไทยได้เริ่มมีการศึกษาแต่ยังมีจำนวนไม่มาก พบว่า มีการศึกษาในผู้สูงอายุแผนกอายุรกรรม<sup>12</sup> และศัลยกรรม<sup>13</sup> ส่วนโรงพยาบาลศรีนครินทร์มีการศึกษาภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุเฉพาะแผนกอายุรกรรม<sup>14</sup> ส่วนในแผนกศัลยกรรมยังไม่มีการศึกษาผู้วัยจิตร์สูงใจที่จะศึกษาภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ลักษณะอาการทางคลินิก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วัยจิตร์นำแนวคิดจาก การทบทวนวรรณกรรม ภาวะสับสนฉับพลันเกิดหล่ายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น (ภาพที่1)

### ปัจจัยเดิม (precipitating factors)

1. อายุ (age)
2. เพศ (gender)
3. การที่หายใจช้าลงของสมองหรือที่ช้าลงกว่าช่องท้องปีญญา
4. ความสมารถในการที่ต้องตัวรับประทานรับ
5. ความบกพร่องของจาระของหินและไฝขัน
6. ภาวะซ็อก (anemia)
7. ภาวะอ่อนนิ่วตัว
8. ประสาทชา ได้แก่ ชาด้านอาการทางจิต ชาด้านกลิ่นหรือชา ชาของกลิ่นของรังษี ชาของร่างกายที่มีส่วนผสมของฟัน
9. โรคร่วม (comorbidity)

ภาวะสับสนฉับพลัน (delirium)

### ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)

1. ระบบหัวใจ搏ตัว
2. ระบบทางการหายใจ
3. ชนิดของไข้ร่วงจำความรู้สึก
4. ระบบทางการได้รับประ汗ความรู้สึก
5. ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำร่างกายต่ำ
6. ภาวะความดันโลหิตต่ำร่างกายต่ำ
7. ปฏิบัติการเสี่ยงตัว
8. ภาวะเสื่อมของกล้ามเนื้อประคองของลือตระหง่านต่ำ
9. ความปวด
10. ความไม่สงบลุกนั่งและอิสต์เก้าอี้
11. การได้รับยาต้านการหายใจ ยาแก้ป่วยที่มีส่วนผสมของฟัน
12. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเดิม และปัจจัยกระตุ้นของภาวะสับสนฉับพลัน

## วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ตุลาคม 2552–กุมภาพันธ์ 2553 แผนกศัลยกรรมและอโรมีโอปิดิกส์ และแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน 150 ราย อายุ 60 ปีขึ้นไป มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ยกเว้นการผ่าตัดระบบอโรมีโอปิดิกส์ และระบบประสาท สามารถพูด เข้าใจภาษาไทย และภาษาท้องถิ่น ยังดีเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอม

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์ในการคำนวณ กลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรในปีที่ผ่านมา คือ จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อย ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ร้อยละ 15–30<sup>15</sup> จากสถิติการรักษาด้วยการผ่าตัดของผู้สูงอายุศัลยกรรมในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน 1, 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3 ก 3 ข และ 3 ค ในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 600 คน ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25

$$\text{กลุ่มตัวอย่าง} = \frac{600 \times 25}{100} = 150 \text{ คน}$$



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบรายงานการณ์เคร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย<sup>16</sup> ชุดที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย<sup>17</sup> ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันฉบับภาษาไทย<sup>18</sup> ชุดที่ 4 แบบประเมินดัชนีบาร์เลอเอดีแอล<sup>19</sup> ชุดที่ 5 แบบประเมินความปวดแบบมาตรฐานรัดแบบตัวเลข<sup>20</sup> ชุดที่ 6 บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ทางความต้องตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จิตเวช และประสาทวิทยา อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และพยาบาล ชำนาญการผู้สูงอายุ หากความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 1 โดยใช้ค่าดอร์วิชาดัลสัน (Kuder-Richardson) ชุดที่ 2,3,4 และ 5 ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟารอนบาก (cronbach's alpha coefficient)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้จัยนำข้อมูลที่ได้มาใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับ SPSS/PC<sup>+</sup> (statistical package for the social science for window) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจำนวน 150 คน เกิดภาวะสับสนฉับพลันร้อยละ 9.3 เท่ากันทั้งเพศชายและเพศหญิง ลักษณะอาการทางคลินิกมี 3 ลักษณะที่พบร้อยละ 100 ได้แก่ ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ความผิดปกติในการรับรู้ อาการประสาทหลอนเป็นการมองเห็นแสงวุบววน และความผิดปกติของพฤติกรรมการเคลื่อนไหว ร้อยละ 100 โดยมีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ ร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ ความคิดไม่เป็นระบบ พูดสับสน ร้อยละ 92.6

ระยะเวลาที่พบอาการ พบริหวันที่ 2, 4 หลังผ่าตัด ร้อยละ 57.1 และ 14.3 ระยะเวลาการมีอาการ 2 – 4 วัน ระยะเวลาที่มีอาการมาก คือ 2 วัน ร้อยละ 50 รองลงมา มีอาการ 3 วัน ร้อยละ 21.4 ช่วงเวลาที่พบอาการล้วนมากเป็นเวลาเร่งร่วย (16.00 – 24.00) ร้อยละ 57.1

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนฉับพลัน ได้แก่ ปัจจัยเดิมเป็นปัจจัยที่มีอยู่เดิมก่อนเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ร้อยละ 42.9 การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาปกติ ร้อยละ 64.3 ไม่มีความบกพร่องของognition ได้ยิน ร้อยละ 92.9 มีความ

บกพร่องของการมองเห็น และสามเณรสายตา ร้อยละ 42.9 มีภาวะซีด ร้อยละ 92.9 อัลบูมินต่ำกว่าปกติ และปกติเท่ากันร้อยละ 50 และไม่มีประวัติการได้รับยาต้านอาการทางจิต ยาต้านโคลิเนอร์จิกและยาแก้ปวด ที่มีส่วนผสมของฟิสิ่น ร้อยละ 100 มีภาวะโรคร่วมร้อยละ 64.3 และปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ระบบที่ผ่าตัด ระบบหลอดเลือดและอวัยวะส่วนปลายพบ ร้อยละ 50 ภาระจับความรู้สึกแบบทั่วไป ร้อยละ 92.9 ได้รับยาคลายความวิตกกังวลหรือยานอนหลับก่อนผ่าตัด ร้อยละ 21.4 ระยะเวลาที่ได้รับยาจะจับความรู้สึก 61–120 นาที ร้อยละ 28.6 ระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที และ 121–180 นาทีเท่ากัน ร้อยละ 35.7 ความดันโลหิตระหว่างผ่าตัดน้อยกว่า 90/60 mmHg ร้อยละ 28.6 การเสียเลือดน้อยกว่า 300 ซีซี ร้อยละ 78.6 หลังผ่าตัดย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤติและย้ายหอผู้ป่วยเท่ากันร้อยละ 50 และหลังผ่าตัดย้ายไปห้องผู้ป่วยวิกฤติ และย้ายหอผู้ป่วย ร้อยละ 42.9

### การอภิปรายผล

อุบัติการณ์ของภาวะสับสนฉับพลัน ร้อยละ 9.3 ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่ไม่ได้ผ่าตัดหัวใจพบร้อยละ 9 และมีความแตกต่างกันตามกลุ่มที่ศึกษาพบว่าหลังผ่าตัดหลอดเลือดช่องท้องโป่งพองพบ ร้อยละ 33 ส่วนใหญ่เกิดภาวะสับสนฉับพลันในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ร้อยละ 57.1 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุเอง การตอบสนองความเครียดจากการผ่าตัด เช่น การหายใจของน้ำเยื่อ การเสียเลือด การขาดเลือดไปเลี้ยง กระบวนการของหลอดเลือดและเม็ดเลือดขาวเข้าไปในหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองลดลง เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ การขาดออกซิเจนของเซลล์ประสาทไม่สามารถปรับตัวและการทำงานที่ได้ตามปกติ โดยเฉพาะในวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด ทำให้การสังเคราะห์อะเซทติลโคเลสิโนลดลง การกำชานออกซิเจนของสมองลดลง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจะมีภาวะสับสนฉับพลัน<sup>2,21-25</sup> จำนวนวันที่เกิดภาวะสับสนฉับพลัน 2-4 วัน ระยะเวลาของอาการ 2 วัน ร้อยละ 50 มีอาการในช่วงเร่งร่วย ร้อยละ 57.1 รองลงมาเป็นเร็วเช้าและเร็วตีก<sup>2,19</sup> ส่วนใหญ่จะมีอาการรุนแรงขึ้นในตอนเวลาเย็นหรือ



กลางคืน เรียกว่า “ปราภูภารณ์ตะวันตกดิน” (sundown syndrome or sundowning)<sup>24</sup> ลักษณะอาการทางคลินิก ของภาวะสับสน จับพลันที่พบ ร้อยละ 100 มี 3 ลักษณะ ได้แก่ ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ความผิดปกติ ใน การ รับรู้ อาการ ประสาท หลอน เป็น การ มองเห็น แสง วุ่น วาย โดย มี พฤติกรรม การ เคลื่อน ไหว มาก กว่า ปกติ ร้อยละ 62.5 เป็น ที่ รู้ จัก ได้ ง่าย เพราะ ผู้ป่วย มี อาการ กระสับกระส่าย พักไม่ได้ ตื่น ตัว มาก และ ระแวง ระวัง วุ่น วาย ไม่ อ่อน นิ่ง ผุด ลูก ผุด นั่ง<sup>1</sup>

ปัจจัย เสี่ยง ของ กา วะ สับ สน จับ พลัน ได้ แก่ ปัจจัย เดิม ที่ สำคัญ คือ อายุ ส่วน ใหญ่ เป็น ผู้ สูง อายุ วัย ปลาย ร้อย ละ 42.9 สอดคล้อง กับ การ ศึกษา ที่ พบ ว่า อายุ มาก เป็น ปัจจัย เสี่ยง ของ กา วะ สับ สน จับ พลัน หลัง ผ่าตัด และ เสี่ยง มาก ขึ้น เป็น สาม เท่า ใน ผู้ ที่ อายุ 75 ปี ขึ้น ไป อธิบาย ได้ว่า อายุ ที่ มาก ขึ้น มี การ เปลี่ยน แปลง โครงสร้าง และ การ ทำ หน้า ที่ ของ ระบบ ประสาท ความ สามารถ ใน การ คง ความ สมดุล และ การ ทำ หน้า ที่ ของ ร่าง กายน ลดลง การ เพชร ญ กับ ความ เครียด ลดลง ดัง นั้น ผู้ สูง อายุ ที่ เจ็บ ป่วย และ อายุ มาก จึง อาจ จะ เกิด กา วะ สับ สน จับ พลัน ได้<sup>2,23</sup> มี กา วะ โรค ร่วม ร้อย ละ 64.3 ได้ แก่ เบ้า หัว วน และ ความ ดัน โล หิต สูง สอดคล้อง กับ การ ศึกษา ที่ พบ ว่า กา วะ โรค ร่วม มี ความ สัม พันธ์ และ เป็น ปัจจัย ทำ หนาย ของ กา วะ สับ สน จับ พลัน ปัจจัย เสี่ยง ของ หลอด เลือด โรค ความ ดัน โล หิต สูง เบ้า หัว วน โรค หลอด เลือด ส่วน ปลาย<sup>20,27</sup> อธิบาย ได้ว่า กา วะ โรค ร่วม การ เจ็บ ป่วย ด้วย โรค เรื้อรัง ความ รุน แรง และ จำนวน โรค ประ จำ ตัว มี ความ สัม พันธ์ กับ กา วะ สับ สน จับ พลัน เนื่อง จา ก ความ เจ็บ ป่วย มี การ เปลี่ยน แปลง เมตา โบ ลิ สิม แต่ ร่าง กายน ต้อง การ สาร อาหาร มาก ขึ้น การ ปรับ ตัว เพื่อ รักษา สมดุล ของ ระดับ น้ำ ตา ล ใน เลือด ซึ่ง โรค เบ้า หัว วน มี ความ ผิด ปกติ ของ กระบวนการ เมตา โบ ลิ สิม กู โ ด ส และ การ เปลี่ยน แปลง ของ หลอด เลือด ร่าง กายน ไม่ สามารถ คง ระดับ น้ำ ตา ล ใน เลือด ให้ อยู่ ใน ระดับ ปกติ มี ผล ต่อ การ นำ ออก ชิ เจ น และ กรด อะ นิโน เข้า รู สู่ สมอง ร่วม กับ มี ความ ผิด ปกติ ของ สาร สื่อ ประ สาท จึง ทำ ให้ เกิด กา วะ สับ สน จับ พลัน ได้<sup>2</sup> กา วะ ความ ดัน โล หิต สูง มี แรง ต้าน ใน หลอด เลือด สูง จาก การ งด ยา ต้าน กา วะ ความ ดัน โล หิต สูง ก่อน ผ่าตัด ทำ ให้ ระดับ ความ ดัน โล หิต สูง ขึ้น มี ผล ต่อ ความ สามารถ ใน การ ผ่าน เข้า ออก ของ เลือด ใน สมอง กา วะ พร ่อง ออก ชิ เจ น และ

น้ำ ตา ล ใน เลือด ต่ำ สม อง ซึ่ง ไ ว ต่อ การ พร ่อง ออก ชิ เจ น จึง มี အ กา ร แ สด ง ผิด ปกติ օ ก 么 ทำ ให้ เกิด กา วะ สับ สน จับ พลัน<sup>23,28</sup>

ปัจจัย กระ ตุ น ที่ สำคัญ ได้ แก่ ระบบ ที่ ผ่าตัด ปริมาณ การ เสี่ย เลือด การ เปลี่ยน แปลง ลิ้ง แ แ ด ล ล ้อม พ บ ว่า การ ผ่าตัด ระบบ หลอด เลือด และ อวัยวะ ส่วน ปลาย พ บ ร้อย ละ 50 ส่วน การ ศึกษา กา วะ สับ สน จับ พลัน หลัง ผ่าตัด หลอด เลือด ช่อง ห้อง โป ง พ บ ร้อย ละ 33 การ ผ่าตัด หลอด เลือด มี ผล ต่อ ปริมาณ เลือด ระยะ เวลา การ ผ่าตัด และ การ ได้ รับ ยา รักษ า กา วะ รู้ สึก น า น เสี่ย เลือด มาก การ ได้ รับ สาร น้ำ / เลือด และ การ ทำ หน้า ที่ ของ อวัยวะ ที่ สำคัญ โดยเฉพาะ สม อง หาก ปริมาณ เลือด ที่ ผ่าน เข้า ออก ใน สม อง และ ออก ชิ เจ น ลด ลง มี ผล ต่อ การ ทำ หน้า ที่ ของ สม อง ที่ เกี่ยว ข้อง กับ ป ญ ญา ทำ ให้ เกิด กา วะ สับ สน จับ พลัน<sup>2,22</sup> ปริมาณ การ เสี่ย เลือด ระหว่าง ผ่าตัด 501-700 ซี.ซี. พ บ ร้อย ละ 33.3 การ เสี่ย เลือด มาก กระ ว่าง ผ่าตัด ทำ ให้ ความ เข้ม ข้น ของ เม็ด เลือด แดง น้อย กว่า ร้อย ละ 25 เป็น ปัจจัย กระ ตุ น ที่ ทำ ให้ เกิด กา วะ สับ สน จับ พลัน อธิบาย ได้ ว่า ปริมาณ การ เสี่ย เลือด ระหว่าง ผ่าตัด มี ผล ต่อ ระดับ ความ เข้ม ข้น ของ เม็ด เลือด แดง เนื่อง จา ก เม็ด เลือด แดง ทำ หน้า ที่ ในการ ขน ส่ง ออก ชิ เจ น ความ เข้ม ข้น ของ เม็ด เลือด แดง น้อย กว่า ร้อย ละ 25 จะ ทำ ให้ การ ขน ส่ง ออก ชิ เจ น ไป สู่ อวัยวะ ต่าง ๆ และ สม อง ลด ลง การ เสี่ย เลือด ระหว่าง ผ่าตัด มาก กว่า 400 มิลลิ ลิตร เป็น ปัจจัย เสี่ยง ของ กา วะ สับ สน จับ พลัน หลัง ผ่าตัด<sup>23,29</sup> ส่วน การ เปลี่ยน แปลง ลิ้ง แ แ ด ล ล ้อม ได้ แก่ การ เข้า รับ การ รักษา ใน ห อก ผู้ ป่วย วิ กฤต และ การ ย้าย ห อก ผู้ ป่วย หลัง ผ่าตัด พ บ 50 และ การ ย้าย ท ึ ง ห อก ผู้ ป่วย และ ห อก ผู้ ป่วย วิ กฤต ร้อย ละ 42.9 สอดคล้อง กับ การ ศึกษา ที่ พบ ว่า การ เข้า รักษา ใน ห อก ผู้ ป่วย วิ กฤต จำ วน คง ข อง การ ย้าย ห อก ผู้ ป่วย การ เยี่ยม ของ สม า ช ิก ใน คร อบ คร ว า การ ไม่ มี อุปกรณ์ กระ ตุ น การ รับรู้ มี ความ สัม พันธ์ กับ การ เกิด กา วะ สับ สน จับ พลัน<sup>29,30</sup> อธิบาย ได้ว่า วัย สูง อายุ ค ว า น า สามารถ ใน การ ปรับ ตัว ต่อ การ เปลี่ยน แปลง ของ ลิ้ง แ แ ด ล ล ้อม ลด ลง โดยเฉพาะ เมื่อ เจ็บ ป่วย และ การ เข้า รับ การ รักษา ใน โรงพยาบาล การ เปลี่ยน แปลง ลิ้ง แ แ ด ล ล ้อม เป็น ปัจจัย กระ ตุ น ให้ เกิด กา วะ สับ สน จับ พลัน การ เข้า อยู่ รักษา ใน ห อก ผู้ ป่วย วิ กฤต การ จำกัด การ เยี่ยม ของ ญาติ ความ เครียด จาก การ ผ่าตัด การ ได้ รับ ลิ้ง กระ ตุ น ที่ มาก ก ে น ท ึ ง แ ง ง ไฟ เสี่ยง การ ทำ งาน



ของเครื่องมือและการปฏิบัติงานอาจารย์รับสอนแบบแผน การสอนหลับ ประกอบกับผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทรับความรู้สึก การทำหน้าที่ลดลง มีผลการรับรู้และความสามารถในการแปลความหมายต่อสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน และการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน

### ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอุบัติการณ์ ลักษณะอาการ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบ เพื่อช่วยให้เกิดความตระหนักและเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดในกลุ่มที่อายุ 80 ปีขึ้นไป ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาไปข้างหน้าโดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม

### กิตติกรรมประจำ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุ ญาติ และบันทิติวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์

### เอกสารอ้างอิง

1. Inouye SK, Young J. Delirium in Older People. MBJ 2007; 334: 842-846.
2. Halá M. Pathophysiology of postoperative delirium: systemic inflammation as a response to surgery trauma cause diffuse microcirculatory impairment. Medical hypotheses 2007; 68: 194-196.
3. Inouye SK, Peter A, Charpentier. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. JAMA 1996; 275 (11): 852-857.
4. Inouye SK, Agostini J. Chapter 117: Delirium. In Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME. Principles of Geriatric medicine and Syndromes. (pp.1503-1505). [n.p.]; 2003.
5. Olin K, Ericksdotter JM, Jansson A, Herrington MK, Kristainsson M, Permert J. Postoperative in elderly patients after major abdominal surgery. British Journal of Surgery 2005; 92(12): 1559-1564.
6. Kazmierski J, Kowman M, Banach M, Pawelczyk T, Okonski P, Iwaszkiewicz A et al. Preoperative predictors of delirium after cardiac surgery: a preliminary study. General Hospital Psychiatry 2006; 28: 36-538.
7. ประเสริฐ อัสสันตชัย. เมื่อผู้สูงอายุต้องได้รับการผ่าตัด. สารศิริราช 2546; 55(10): 607-618.
8. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick N. Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society 2005; 49 (5): 516-522.
9. Leslie DL, Zhang Y, Holford TR, Bogadus ST, Leo-Summers LS, Inouye SK. Premature Death Associated With Delirium at 1-Year Follow-up. Arch Intern Med 2005; 165 (14): 1657-1662.
10. กษพนิต ขันตีจิต, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ปราง พิพิญ ฉายพุทธ. การพัฒนาแนว ปฏิบัติ ในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร. วารสารสภากาชาดไทย 2551; 23(2): 26-36.
11. Dahlke SA. How do nurse care for Hospitalized older adults at risk for delirium?. A Thesis Submitted in partial fulfillment of requirements for the degree of Master of Science in Nursing. Faculty of Graduate Studies School of Nursing. University of British Columbia; 2004.
12. Oearsakul B. The Incidence and Factors Related to Acute Confusional States in Hospital Elderly Patients (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2000.
13. Boonphadh P. The Incidence of Acute Confusional States and Associated Factors in Postoperative Elderly Patients (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2004.
14. นัดดา คำนิยม. ปัจจัยและอุบัติการณ์ของภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.



15. กัญญาลิริ จันทร์เจริญ. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง. ใน ประกาย จิโรจน์กุล(บรรณาธิการ). การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ จำกัด; 2548.
16. อรพรรณ ทองแดง และคณะ. การวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอาการผู้เเครัวด้วยตัวเองในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2544.
17. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
18. สมบัติ ศาสตร์รุ่งนกค, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิริเจณณวาสิน, รัตนา สายพาณิชย์. การพัฒนา delirium rating scale ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45(4): 325-332.
19. สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. ภาวะสับสนในผู้สูงอายุ: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
20. Flaherty E. Using Pain-Rating Scale with Older adults. AJN 2008; 108(6): 40-48.
21. Marcantinio et al. A Clinical Predictive Rule for Delirium after Elective Noncardiac Surgery. JAMA 1994; 271(2): 134-139.
22. Benoit AG, Campbell BI, Taner JR, Staley D, Wallbridge HR, Biehl R. et al. Risk factors and prevalence of perioperative cognitive dysfunction in Abdominal aneurysm patients. Journal of vascular surgery 2009; 42(5): 884-890.
23. O'Keeffe ST, Chonchubhair AN. Postoperative Delirium in the elderly. Brithis Journal of Anesthesia 1994; 73: 673-678.
24. วัลยพร นันท์ศุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, พร้อมจิตร ห่อนบุญเติม. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 27-32.
25. จิตกินนท์ ศรีจักรโคง. การทารุณกรรมผู้สูงอายุมีจริงหรือไม่... ในสังคมไทย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 5-11.
26. ชาลี แย้มวงศ์. ผู้สูงอายุ: ปரากูการณ์ตะวันตกดิน. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2539; 2(2): 84-87.
27. นิตยากร ลุนพรหม, วันเพ็ญ บุณราษ. การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในชุมชนบ้านดุงอุดม ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 48-56.
28. ชญาณิค ลือวนิช, กฤตพร เมืองพร้อม, กัญญา พฤฒิสิน. การรับการคัดกรองความดันโลหิตและการไม่มารับการตรวจช้าของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาตำบลศรีสุนทร จังหวัดภูเก็ต. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 48-56.
29. Noimark D. Review predicting the onset of delirium in the post-operative patient. Age and Aging 2009; 38(4): 368-373.
30. Aldemir M, Zen S, Kara IH, Sir A, Ba B. Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. Crit Care 2001; 5: 265-270.



## ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดในหญิงครรภ์แรก

ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล พย.ม.\* วันเพ็ญ รักษาปวงชน พย.ม.\*\*  
رجานา ชัยเสนา พย.บ.\*\*\* ลุธินดา ประชาภูล พย.บ.\*\*\*\*

### **บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความวิตกกังวลต่อการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของหญิงครรภ์แรกในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรก ที่มารับบริการที่แผนกฝ่ายครรภ์ ณ โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพฯ จำนวน 90 ราย ส่วนเข้ากอกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดได้อย่างครบถ้วน เหลืออกลุ่มทดลอง จำนวน 35 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 37 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยวิธีการให้ผู้ช่วยวิจัยที่ไม่ทราบว่าตัวอย่างอยู่กลุ่มใดสัมภาษณ์และสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ MANOVA

ผลการศึกษา พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับการคลอด ภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและเวลาที่ใช้ในระยะที่หนึ่งของการคลอดมีความแปรปรวนร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดมากกว่าและมีความวิตกกังวลต่อการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระดับคะแนนความเจ็บปวด เวลาที่ใช้ในระยะที่หนึ่งของการคลอด การใช้ยาลดปวดและการใช้สูติศาสตร์หัตถการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการนำโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดไปใช้เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดและลดความวิตกกังวลต่อการคลอดได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ผลลัพธ์ของการคลอด หญิงครรภ์แรก

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลการดูแลการและการดูดครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ

\*\*อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลการดูแลการและการดูดครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลพรต้นราชธานี

\*\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพรต้นราชธานี



## Effects of Childbirth Preparation Program on Psychological Factors, Pain Coping Behaviors, and Birth Outcomes in Primipara

Chadaporn Wattanawilai, M.S.N.\* Wanpen Rakpuangchon M.S.N.\*\*  
Rojana Chisaena B.S.N.\*\*\* Suthinda Prachakul B.S.N.\*\*\*\*

### Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to compare childbirth self-efficacy, anxiety, pain coping behavior, pain score, and birth outcomes between primipara (experimental group) who had received the intervention of the childbirth preparation program and primipara (control group) who had received routine care. The subjects were 90 primiparas who had received antenatal care and given birth in a government hospital in Bangkok, Thailand. A pre/post-test design, with subjects randomly 45 cases into either group. However, only 35 completed in experimental group and 37 completed in control group who had administered between the 28<sup>th</sup> week of pregnancy and follow-up at 2 hours after delivery. Post-test data were collected through interviews and observations by assistant researchers with blind technique and analyzed using MANOVA.

The results showed significant variance-covariance of mean in childbirth knowledge, self-efficacy, anxiety, pain coping behavior, pain score, and range of first stage of labor. The experimental group demonstrated increase childbirth knowledge and reduced anxiety. However, data for the childbirth self-efficacy, pain coping behavior, pain score, and birth outcomes were not significantly different from the control group. The results of this study would be beneficial for antenatal care nurses to integrate the childbirth preparation program into their routine care.

**Keywords:** childbirth preparation program, psychological factors, pain coping behavior, birth outcomes, primipara

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดถือเป็นพัฒนาการตามปกติในเพศหญิงแต่การคลอดในโรงพยาบาล ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญการคลอดโดยปราศจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากกฎระเบียบของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้ญาติฝ่ายคลอด การศึกษาความเป็นห่วงเกี่ยวกับการคลอดบุตรของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ในระหว่างสัปดาห์สุดท้ายของหญิงตั้งครรภ์มีความห่วงวันคัดคะเนกำหนดคลอดมากขึ้น รวมทั้งประสบการณ์การคลอด กลัวการเจ็บครรภ์ กลัวไม่ได้รับการช่วยเหลือขณะเจ็บครรภ์ และคลอดกันวันต่อการปรับตัวให้เข้ากับสถานที่ลิ่งแวดล้อมและบุคลากร<sup>1,2</sup> ลิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเพิ่มความ

วิตกกังวล อันส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤต (situational crisis) โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดครั้งแรกจะมีความต้องการการพึ่งพาสูง มีการสูญเสียการสัมภาษณ์และการด้วยตนเองและการไม่สามารถตัดสินใจในภาวะปกติได้ เป็นผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง<sup>3,4</sup> มีการศึกษาพบว่าขณะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สามและมีความวิตกกังวลสูงระดับไฮโดรเจน corticotrophin-releasing ในพลาสม่าต่ำลง สัมพันธ์กับการมีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น<sup>5,6</sup> ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ลดลง เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสมัพันธุภาพกับทารกแรกเกิดและการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาภายหลังคลอด

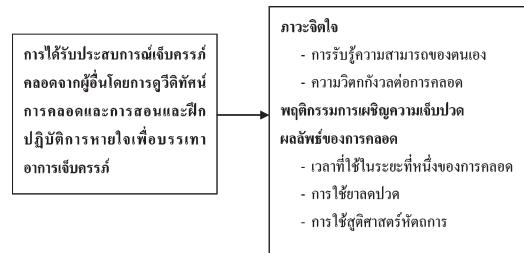


ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลควรช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวและความเจ็บปวดในระหว่างการคลอดโดยการเตรียมทั้งตั้งครรภ์ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ซึ่งวิธีที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไป คือ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์การดูแลเมื่อมีอาการจากการตั้งครรภ์ แต่ยังไม่มีการจัดให้มีการเตรียมทั้งตั้งครรภ์เพื่อการคลอดอย่างเป็นระบบ ซึ่งการที่ทั้งตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการคลอดจะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการคลอดได้ในระดับหนึ่ง แต่การให้ความรู้โดยไม่มีการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเตรียมร่างกายและการเตรียมตัวเพื่อเพชญความเจ็บปวด ไม่เพียงพอที่จะสร้างความเชื่อมั่นให้ทั้งผู้ตั้งครรภ์และพยาบาลในระยะคลอดได้ มีการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเพชญความเจ็บปวดและมีความพร้อมในการคลอดจะสามารถเพชญความเจ็บปวดได้ดีและมีความวิตกกังวลน้อยลง<sup>7,8</sup> ดังนั้นการเตรียมทั้งตั้งครรภ์เพื่อการคลอดอย่างเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในขณะคลอดได้

การจัดโปรแกรมการเตรียมพร้อมที่จะเพชญความเจ็บปวดในขณะคลอด รวมทั้งมีการรับรู้ต่อประสบการณ์ของการคลอดในทางบวก ควรฝึกปฏิบัติในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ เนื่องจากช่วงนี้ทั้งตั้งครรภ์จะมีความกระตือรือร้นและมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของการคลอดมากกว่าช่วงไตรมาสที่หนึ่งและสอง<sup>9</sup> วิธีที่นิยมใช้ คือ วิธีของลามาซ หรือวิธีป้องกัน (Lamaze's method or Psychoprophylaxis method) แต่การจะใช้วิธีดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพควรมีการพัฒนาความสามารถของตนเอง การพัฒนาความสามารถหากไม่เคยมีประสบการณ์ในเหตุการณ์นั้นๆ เช่น เดยคลอดมาก่อน อาจได้จากการสังเกตประสบการณ์จากบุคคลอื่นที่มีเหตุการณ์เดียวกันได้ การได้รับคำแนะนำ การสอนและให้แรงเสริมในทางบวก จากบุคคลอื่น เช่น การให้ข้อมูล การฝึกทักษะการเพชญความเจ็บปวด ทำให้บุคคลมีความสามารถในการเพชญปัญหาได้<sup>10</sup> และเนื่องจากในทั้งตั้งครรภ์แรก ต้องอาศัยการพัฒนาความสามารถจากการสังเกตประสบการณ์ในเหตุการณ์เดียวกันจากผู้อื่น เช่น ญาติพี่น้อง คุณแม่ หรือคุณครัว เป็นต้น จึงต้องมีการฝึกทักษะการคลอดท่ากับ 8.17 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร<sup>14</sup>

อย่างต่อเนื่องจนเกิดความมั่นใจในความสามารถ การศึกษาพบว่า หญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในระยะคลอดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น<sup>11,12</sup>

จากแนวคิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura<sup>10</sup> ร่วมกับผลการศึกษาดังกล่าว ข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก ดังกรอบแนวคิด



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trial experimental design) ชนิดสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre/ post-test design) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยผ่านการคลอด (nullipara) ที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ คุณสมบัติ คือ อายุครรภ์ 28- 30 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุระหว่าง 18-34 ปี สื่อสารภาษาไทยได้ มีเครื่องเล่นวิดีทัศน์ สามารถติดตามจนถึงระยะคลอดได้ และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลัก power of the study = .80 และ  $\alpha = .05$  โดยจากการศึกษาของประทุมพร เพียรจิริ และคณะ<sup>13</sup> พบว่า ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการคลอดหลังการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเท่ากับ 8.17 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร<sup>14</sup>

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{2[(Z_\alpha + Z_\beta)\sigma]^2}{(\mu_c - \mu_t)^2}$$



เมื่อ  $Z_{\alpha} =$  ค่า  $Z$  ที่ได้จากการแจกแจงปกติ มาตรฐานเมื่อกำหนดขนาดของ type 1 error เท่ากับ 0.05 ได้ค่า  $Z$  เท่ากับ 1.645

$Z_{\beta} =$  ค่า  $Z$  ที่ได้จากการแจกแจงปกติ มาตรฐานเมื่อกำหนดขนาดของ type 2 error เท่ากับ 0.20 ได้ค่า  $Z$  เท่ากับ 0.842

$\alpha =$  ความแปรปรวนของข้อมูลจากการศึกษาเก่า ที่เคยมีผู้ระบุไว้ เท่ากับ 8.17

$\beta - \alpha =$  ค่าที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นในรูปผลต่างที่มีนัยสำคัญทางคลินิก เท่ากับ 5

คำนวณได้กลุ่มละ 34 ราย คำนึงถึงการสูญหายจากการไม่มาตามนัด ไปคลอดที่อื่นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอด จึงเพิ่มขนาดเป็นกลุ่มละ 45 ราย ใช้ตารางเลขสุ่ม (random numbers) ซึ่งจะสามารถสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยให้มีการกระจายของตัวแปรภายนอกที่จะมีอิทธิพลต่อผลการทดลอง ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์

#### ขั้นตอนการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลแล้ว การ/pubกลุ่มตัวอย่างในวันแรก ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเช่นลงนามในแบบบันทึกเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลด้วยวิธีการตามปกติของหน่วยฝากครรภ์ คือ ในช่วงอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ ได้รับการสอนเป็นกลุ่ม 1 ครั้ง โดยวิธีการบรรยายเกี่ยวกับลักษณะของการเจ็บครรภ์จริง อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด การเตรียมตัวเพื่อมาคลอด และนัดฝากครรภ์เป็นระยะ

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีขั้นตอนดังนี้

1) ช่วงอายุครรภ์ 28-30 สัปดาห์ สอนโดยผู้วิจัยใช้แผนการสอนและฝึกปฏิบัตitechnikการหายใจเพื่อลดอาการเจ็บครรภ์ในระยะต่างๆ ของการคลอด เป็นเวลา 30 นาที หลังจากนั้นให้ตัดหัตถศักดิ์กลับไปฝึกปฏิบัติ

ที่บ้าน โดยกำหนดให้ฝึกปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามจากบันทึกการฝึกปฏิบัติ

2) นัดพบอีก 3 ครั้งหลังการสอนทุก 2 สัปดาห์ ได้แก่ ช่วงอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ 34-36 สัปดาห์ และ 37-40 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด เพื่อประเมินผลการฝึกปฏิบัติและให้ความรู้เพิ่มเติม

#### เครื่องมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือ ประกอบด้วย แผนการสอนและวิดีโอทัศน์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบวัดความวิตกกังวลต่อการคลอด ซึ่งพัฒนาจากแบบวัด Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) ของ Lowe<sup>15</sup> แบบวัดระดับความเจ็บปวดแบบเส้นตรง (visual analogue scale) และแบบสังเกตพฤติกรรม การเพชญ์ความเจ็บปวดที่พัฒนาจากแบบสังเกตของจันทร์เพญ ดุษฎีาม<sup>16</sup> ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง (content validity) โดยแพทย์ด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน และพยาบาลด้านสูติศาสตร์ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบวัดความวิตกกังวลต่อการคลอด วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .94 และ .93 ตามลำดับ ส่วนแบบสังเกตพฤติกรรมการเพชญ์ความเจ็บปวด ให้ผู้ช่วยนักวิจัย 4 คน สังเกตพฤติกรรม 3 ระยะ คือ ในระยะปากดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ระยะปากดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร และระยะเบ่งคลอด วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของผู้ประเมินโดยวิธี intraclass correlation coefficient (ICC) ได้เท่ากับ .83 ส่วนผลลัพธ์ของการคลอดใช้บันทึกสรุปการคลอด ตามแบบของโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยผู้ช่วยนักวิจัย 4 คน ที่จะไม่ทราบว่าตัวอย่างรายใดอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเนื่องจากมีตัวแปรตามมากกว่า 2 ตัว ตัวแปรตามที่ศึกษามีความสัมพันธ์กันจึงใช้ Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) ใน SPSS version 11.5 กำหนดระดับนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05



## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ติดตามจนลืนสุดการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มทดลองมีจำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 37 คน เนื่องจากไปคลอดที่โรงพยาบาลอื่นและในกลุ่มทดลองมีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด 1 ราย ข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1)

ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดย t-test พบร่วงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรหลายตัว ได้แก่ ความรู้ภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด (ตารางที่ 2)

จากการทดสอบค่าสถิติ Box's M ได้ค่า  $p > .05$  แสดงว่า เมตริกความแปรปรวนความแปรปรวนร่วม (variance-covariance matrix) ของความรู้เกี่ยวกับการคลอดภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และเวลาที่ใช้ในระยะที่หนึ่งของการคลอดแตกต่างกัน และค่า Approx.Chi-Square = 304.184 แสดงว่า ตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรหลายตัว (MANOVA) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่างกันจะมีความรู้ มีความวิตกกังวลและคะแนนความเจ็บปวดขณะคลอดต่างกัน เมื่อนำวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2)

จากตาราง พบร่วง ภายนอกการทดลองกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีคะแนนความรู้มากกว่า และคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในขณะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด คะแนนความเจ็บปวด และระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ข้อมูลแสดงจำนวนคน (เปอร์เซนต์) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธี Mann-Whitney U test พบร่วงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบร่วง พบว่า ผู้ยิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดเพิ่มขึ้น และมีความวิตกกังวลต่อการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน วิธีอวดีทัศน์ ที่สามารถฝึกฝนและเห็นประสบการณ์การคลอดจากผู้อื่น ทำให้หันมุ่งตั้งครรภ์ได้รับความรู้และเตรียมตัวเพื่อการเผชิญต่อเหตุการณ์ในขณะคลอดได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของประทุมพร เพียรจิริ และคณะ<sup>13</sup> และ Hook L et al<sup>17</sup> ซึ่งพบว่า การจัดโปรแกรมการเตรียมตัว ร่วมกับเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดช่วยลดความวิตกกังวลในเหตุการณ์ที่จะเผชิญในอนาคตได้

เมื่อนำผลการวิจัยมาวิเคราะห์ความแปรปรวนความแปรปรวนร่วมระหว่างความรู้เกี่ยวกับการคลอด ความวิตกกังวลต่อการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเองขณะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด คะแนนความเจ็บปวดและเวลาที่ใช้ในระยะที่หนึ่งของการคลอด พบร่วง ตัวแปรทั้งหมดมีความแปรปรวนร่วมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในการพัฒนาความสามารถของตนเองโดยการฝึกฝน และสังเกตประสบการณ์ของบุคคลอื่นจากการอวดีทัศน์ ทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหา<sup>9</sup> ร่วมกับเป็นการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้วัยจัยในการสอนให้คำแนะนำอย่างเป็นแบบแผนสม่ำเสมอตลอดการตั้งครรภ์ ไตรมาสที่สาม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญาณิน บุญพงษ์มณี และคณะ<sup>11</sup> ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้แรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวดและมีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บปวดจากการคลอดเป็นลักษณะเฉพาะที่จะเพิ่มมากขึ้น ตามการเปิดขยายของปากมดลูกและการหดรัดตัวที่ถี่และแรงขึ้นซึ่งเป็นแรงผลัก (power) ที่สำคัญตามระยะของการคลอด<sup>18</sup> นอกจากนี้การรับรู้ต่อการเจ็บปวด



ยังเป็นประสบการณ์ใหม่ของหญิงที่คลอดครั้งแรก จึงเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนี้มีการประเมินความเจ็บปวดด้วย visual analogue scale ด้วยคะแนนที่ใกล้เคียงกัน และในขณะเจ็บครรภ์คลอดผู้คลอดทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลเจ็บปวด การใช้อาร์เซนิวัต ลูบหน้าท้อง ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำโดยพยาบาลในห้องคลอด จึงทำให้คะแนนความเจ็บปวดถึงแม้จะอยู่ในระดับเจ็บปวดมากแต่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอยู่ในระดับดี ซึ่งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด<sup>19,20,21,22</sup> นอกจากนี้ยังเป็นผลจากการใช้อาร์เซนิวัตคลายกล้ามเนื้อร่วมด้วยซึ่งมีผลต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้

ผลการศึกษาด้านผลลัพธ์ของการคลอด พนบวทั้งสองกลุ่มใช้เวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด การใช้ยาลดปวดและการใช้อาร์เซนิวัตต่างจากการมีภาวะแทรกผิดลักษณะกับช่องเชิงกรานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดมีระยะเวลาของ การคลอดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียม<sup>22</sup> หรือหญิงที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่มีผลต่อระยะเวลาของ การคลอด<sup>18,23</sup> นอกจากนี้ปัจจัยหลัก 3 ประการของการคลอดคือ แรงผลัก (power) ช่องเชิงกราน (passage) และทางรากในครรภ์ (passenger) เป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุม

### ข้อเสนอแนะ

ทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะที่แผนกผู้คลอด ควรตระหนักรถึงความสำคัญของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดอย่างเป็นระบบ และหาวิธีที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะผู้ที่คลอดครั้งแรกได้เห็นประสบการณ์การคลอดจากผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นวิธีผ่านทางสื่อวิเดทัศน์หรือเห็นสภาพจริงในห้องคลอด สามารถช่วยเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลต่อการคลอดได้ และควรใช้โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดไปทดสอบประสิทธิภาพในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือกลุ่มที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่อการคลอดสูง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการศิษย์เก่า มหาวิทยาลัยครื่นเครื่นทรัพรัตน์ ผู้สนับสนุนเงินทุนวิจัยประจำปี 2550 ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลพรัตนราชธานี ที่ช่วยเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้สำเร็จได้

### เอกสารอ้างอิง

- ศิรินารถ ศรีกาญจนเพรศ. ความเป็นห่วงเกี่ยวกับการคลอดบุตรและการปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอด. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
- ทัยพิพัฒน์ ไชยวัฒน์, โสเรช โพธิแก้ว, จิราพรเกตพิชญ์วัฒนา. ประสบการณ์ด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 12-76.
- Pillitteri A. Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.
- Glanzeaud FM. Psychological stress factors related to prenatal hospitalization. J Gyneco Obstet Biol Reprod (Paris) 1994; 23(3): 289-393.
- Roger S et al. Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta-endorphin and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and the puerperium. Journal of Psychosomatic Research 1990; 34(1): 53-69.
- Koniak-Griffin D. Maternal role attainment. Journal of Nursing Scholarship 1993; 25(3): 257-262.
- อรพินธ์ เจริญผล, มาลี เลิศมาลีวงศ์, อุษา เชื้อหอม. ผลการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอดและ การรับรู้ประสบการณ์คลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2536; 11(3): 186-195.



8. Lowe NK. Self-efficacy for Labor and Childbirth Fears in Nulliparous Pregnant Women. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecologic* 2000; 21(4): 219-224.
9. วรรุณวรรณ ผ้าโคตร, สิรินาถ นุชนาถ. การพยาบาล สุขภาพสตรี. กรุงเทพฯ: เด.อ.ส.พี การพิมพ์; 2548.
10. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
11. ชลยานิน บุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชูนวล, เยาวเรศ สมทัพย์. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจจ่วงกับ แรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดต่อ ภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและ ผลลัพธ์ของการคลอด. *สงขานครินทร์เวชสาร* 2548; 23(1): 37-47.
12. ลักษณา ท่านะผล, สร้อย อนุสรณ์อธิกุล, สุพรรณี อึ้งปัญลัตวงศ์. ผลของการให้น้ำมันหอมระ夷 กลิ่นมะกรูดในการหนวดหน้าท้องในระยะที่หนึ่ง ของการคลอด. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ* 2551; 26(1):67-74.
13. ประทุมพร เพียรจิริง, ละมัย วีระกุล, บุษยา ยารังษี, ผกา สุขเจริญ, สุทธิพร พรหมจันทร์. ผลของโปรแกรม การเตรียมคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะคลอดในการดำเนินรักษา. *วารสารสภากาชาดไทย* 2544; 16(3): 25-35.
14. อีระพร วุฒยานนิช, นิมิต มงคล, กิตติกา กาญจนรัตนการ. (บรรณาธิการ). *วิจัยทางการแพทย์*. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2542.
15. Lowe NK. Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health* 1993; 16(2): 141-149.
16. จันทร์เพ็ญ ดุษฎามี. ผลของเทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยจิตคลุมภายในต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
17. Hook L, Songwathana P, Petpitchetian W. Music Therapy with Female Surgical Patients: Effect on Anxiety and Pain. *Thai J Nurs Res* 2008; 12(4): 259-271.
18. Bagharpoosh M, Sangestani G, Goodarzi M. Effect of Progressive Muscle Relaxation Technique on Pain Relief during Labor. *Acta Medica Iranica* 2006; 44(3): 187-190.
19. Simkin P, Bolding A. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *J Midwifery Women's Health* 2004; 49(6): 489-504.
20. Caton D et al. The Nature and Management of Labor Pain: Executive Summary. *American J of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186(5): S1-S14.
21. Tampawiboon K. Effects of Childbirth Preparation on Fear, Labor Pain Coping Behaviors, and Childbirth Satisfaction in Primiparas. Master's Thesis (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies; Mahidol University: 2005.
22. Kim HH et al. Is prenatal childbirth preparation effective in decreasing adverse maternal and neonatal response to labor? A nested case-control study. *Acta Biomed* 2008; 79: 18-22.
23. Hodnett ED et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(11): 1373-1381.



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง

ข้อมูลพื้นฐานของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง Mean $\pm$ SD	กลุ่มควบคุม Mean $\pm$ SD	t	p-value
อายุ	23.00 $\pm$ 4.56	24.76 $\pm$ 5.10	-1.54	.13
การศึกษา	10.83 $\pm$ 2.76	10.43 $\pm$ 2.95	.59	.56
รายได้ต่อเดือน	13,200 $\pm$ 7,533	12,810 $\pm$ 5,858	.25	.81
จำนวนการฝ่ากรรภ์	7.26 $\pm$ 2.02	7.32 $\pm$ 2.46	-.10	.90
ความรู้เกี่ยวกับการคลอด	3.89 $\pm$ 2.26	4.22 $\pm$ 2.15	-.64	.53
การรับรู้ความสามารถของตนเองในขณะคลอด	6.00 $\pm$ 1.76	6.21 $\pm$ 1.68	-.60	.55
ความวิตกกังวลต่อการคลอด	2.39 $\pm$ 0.58	2.42 $\pm$ 0.52	-.26	.80

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประลักษณ์ของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความวิตกกังวลต่อการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	Mean $\pm$ SD		Univariate F-Test				
	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=37)	F	p-value	Eta <sup>2</sup>	Power	
1. ความรู้เกี่ยวกับการคลอด	6.83 $\pm$ 1.60	4.70 $\pm$ 2.17	22.517	.000	.448	2.126*	
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองขณะคลอด	6.17 $\pm$ 1.76	5.45 $\pm$ 1.61	3.223	.077	.396	.712	
3. ความวิตกกังวลต่อการคลอด	2.39 $\pm$ 0.62	2.73 $\pm$ 0.56	6.008	.017	.138	-.339*	
4. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด	10.38 $\pm$ 2.42	9.90 $\pm$ 2.47	.695	.407	.576	.480	
5. คะแนนความเจ็บปวด	8.50 $\pm$ 1.60	8.59 $\pm$ 1.32	.083	.774	.345	-.099	
6. เวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอด	9.60 $\pm$ 4.24	9.59 $\pm$ 5.25	.000	.992	1.128	.011	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=37)	P-value
1. การใช้ยาลดปวด (คน)	5(14.28)	4(10.81)	.66
2. การคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดจากภาวะทางรากผิดสัดส่วนกับช่องเชิงกราน (คน)	6(17.14)	2(5.40)	.12



## ปัจจัยที่ป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น\*

สมชาย ชัยจันทร์ พย.ม.\*\* สมจิต แคนสีแก้ว ศศ.ด.\*\*\*

### บทคัดย่อ

วัยรุ่นยุคใหม่มีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกลดลง ผลจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และเป็นสาเหตุของการกระทำความผิดอื่นตามมา

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ได้เคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น โดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ผู้ร่วมวิจัยเป็นนักเรียนชั้น ม. 4 – ม. 6 จำนวน 52 คน ผู้ปกครองและผู้นำชุมชน จำนวน 21 คน และครู 3 คน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นกันอย่างอิสระ ตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเล้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การบรรยายเล่าเรื่องที่เกิดขึ้น และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบนักเรียนมัธยมปลายทั้งชายและหญิงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 92 ในจำนวนนี้ร้อยละ 42 ดื่มประจำตัว 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ถึงดื่มทุกวัน ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ค่านิยมเป็นลูกผู้ชายต้องดื่มเหล้า เป็นผู้ใหญ่แล้วดื่มเหล้าได้ดื่มแล้วทำให้ดูเท่ห์ ช่วยทำให้กล้าแสดงออก หรือความอยากรถลุง ปัจจัยด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น รูปแบบ รสชาติ ราคาและการโฆษณา ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การยอมรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ ปัจจัยด้านเพื่อนที่ไม่สามารถปฏิเสธเพื่อนได้ ปัจจัยด้านสังคมและชุมชน เช่น พฤติกรรมการดื่มของคนในชุมชน และวัฒนธรรมประเพณี

ปัจจัยป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับไทยและพิษภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีทักษะชีวิต มีค่านิยมที่เหมาะสม การมีต้นแบบที่ดี การหากิจกรรมหรืองานอดิเรกทำ การมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การมีเครือข่ายพ่อแม่ การกำหนดโทษของครอบครัว การยกย่องเชิดชูนักเรียนที่มีผลงานเด่น และการสร้างกฎระเบียบของชุมชน

**คำสำคัญ:** ปัจจัยป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Protective Factors of Alcohol Use among Teenager\*

Somchai Chaichan M.N.S\*\* Somjit Daenseekeaw PhD\*\*\*

### Abstract

At present, the incidence of teenager drinking is increasing. Drinking alcohol negatively affected teenager's health, economic status and social lives. The purposes of this Participatory Rural Appraisal (PRA) research were to analyzed alcohol use situation, factors that affected teenagers' drinking behavior and preventive strategies for alcohol use among teenagers. Research participants were fifty two 10<sup>th</sup>-12<sup>th</sup> grade students, their parents, community leaders and teachers. Data were collected using observations, in-depth interviews and focus-group discussions. Moreover, the participants were encouraged to exchange experience and engage in free dialogues. The researcher worked together with research participants to analyze and verify data reliability using triangulation and content analysis.

The study found that factors related to teenage drinking behaviors could be categorized into several groups. Personal factors included the beliefs that a man supposed to drink alcohol, it was all right for grown-ups to drink, drinking made a man looked cool, and drinking helped to be outspoken and daring. Alcohol-related factors included a variety of alcohol beverages offered in the market, the prices and a high volume of alcohol advertisement. Family factors related to alcohol drinking included family's acceptance of alcohol drinking as normal. Friends persuaded one another to drink was also identified as a factor. Lastly, alcohol drinking seemed inherited within the community culture. Community and social factors influencing teenage drinking behaviors were general acceptance of drinking and common practice of drinking in the community parties or fairs.

Preventive factors related to alcohol use which identified from the informants included health education about alcohol intoxication and dangers of alcohol drinking, reinforcing teenagers' life skills, appropriate values regarding alcohol drinking, identifying a role model, taking a hobby, a friend-helping-friend network, parental network, family penalty, praising students' achievements and community rules and regulations regarding alcohol drinking.

**Keywords:** protective factors drinking behavior, Participatory Rural Appraisal (PRA)

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากการร้อยละ 11 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 14 ใน พ.ศ. 2547 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรก 15.9 ปี<sup>1</sup> การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการกระทำความผิดต่างๆ โดยพบเด็กและเยาวชน อายุ 11-19 ปี ในศูนย์พิกออบรมเด็กและเยาวชนทั่วประเทศร้อยละ 34.8 ทำความผิดขณะดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์<sup>5</sup> คดีอุบัติเหตุจราจรที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสำนักงานตำรวจนครบาลชั้น 7 เท่า ในปี พ.ศ. 2542-2547<sup>1</sup> ผู้ที่บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรร้อยละ 50 มีแอลกอฮอล์ในเลือด และส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 15 - 29 ปี<sup>2</sup> นอกจากนี้วัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเรื้อรัง จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดอาการเสื่อมทางจิต หูแว่ว ประสาทหลอน<sup>3,4</sup>



พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกิดจากหabillyปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ความผิดปกติทางอารมณ์ จิตใจ<sup>5</sup> ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>6</sup> และยืนยันว่า Dopamine D<sub>2</sub> ที่อยู่ในต่อโรคพิษสุรำเริงรังทั้งพันธุกรรม<sup>6</sup> ส่วนปัจจัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความหลากหลายของผลิตภัณฑ์บรรจุภัณฑ์สวยงาม ราคา การจัดวาง การเข้าถึง และการโฆษณา<sup>7</sup> ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว<sup>4</sup> ปัจจัยด้านเพื่อน พบร่วม วัยรุ่นที่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะดื่มตามเพื่อน<sup>8</sup> สภาพแวดล้อมของโรงเรียนที่มีการแข่งขันกันของนักเรียนสูง (competition among pupils) การที่ครูควบคุมนักเรียนเหมือนเด็กเล็ก (control by the teacher) ความเครียด (performance stress) การให้โอกาสและมีส่วนร่วมตัดสินใจของนักเรียน (possibility to participate) หรือการยอมรับจากเพื่อน (peer acceptance) เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน<sup>9</sup>

การแก้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น จำเป็นที่ต้องเรียนรู้ถึงรายละเอียดในแต่ละปัจจัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลากหลาย และการแก้ปัญหาวัยรุ่นต้องให้ไว้รุ่นมีส่วนร่วม เพราะวัยรุ่นจะเข้าใจปัญหาได้ดี ที่ผู้มีส่วนร่วมต้องตั้งค้นหาศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ การเข้าถึงความรู้สึกนึกคิด และเชื่อในศักยภาพของวัยรุ่นในการแก้ปัญหานั้น<sup>10,11,12,13</sup> การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัจจัยสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดตามมาจากการดื่ม ด้วยการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมนิวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกัน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยการป้องกัน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะสามารถนำไปกำหนดแนวทางการป้องกันการดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) โดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 ทั้งชายและหญิง จำนวน 52 คน ผู้ปกครองและผู้นำชุมชน จำนวน 21 คน ผู้บริหารสถานศึกษา และครู จำนวน 3 คน เก็บข้อมูลด้วยการจดบันทึกภาคสนาม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างการเดินทางไปโรงเรียน การรวมกลุ่มตามสถานที่ต่างๆ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมด้วยการเข้าร่วมงานปีใหม่ของนักเรียน ห้องเรียนต่างๆ การร่วมจัดกิจกรรมกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง

ขั้นตอนการวิจัยมี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่วิจัยและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ผู้จัดข้อมูลภูมิศาสตร์อาจารย์และผู้บริหารสถานศึกษา ด้วยการแนะนำตัวคุณประสงค์และกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งสร้างสัมพันธ์กับนักเรียนแทนนำที่ผู้จัดรู้จัก และแนะนำให้รู้จักนักเรียนคนอื่น หาอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 ศึกษาสภาพการดื่ม พฤติกรรมการดื่มปัจจัยที่ทำให้นักเรียนดื่ม ประสบการณ์การเลิกดื่ม และการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มร่วมกับนักเรียนชั้นมัธยมปลาย ครูและผู้ปกครอง

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่ป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการประชุมระดมสมอง ร่วมกับตัวแทนนักเรียน ครู ผู้ปกครองและผู้นำชุมชน

การตรวจสอบข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเหลี่ยม (Triangulation) ดังนี้<sup>14</sup> 1) ด้านข้อมูลโดยเปรียบเทียบจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง เช่น แทนนำนักเรียน นักเรียนที่ดื่มและไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครู ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน และเก็บในช่วงเวลาและสถานที่ต่างกัน 2) ด้านการรวมร่วมข้อมูล โดยเปรียบเทียบจากหลากหลายวิธี เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม 3) ด้านผู้สืบคัน โดยนักวิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความชำนาญด้านการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม



จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์จริยธรรม สำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์<sup>15</sup> ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ด้วยการแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตเก็บข้อมูล การซึ่งแจงลิทธิ์ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และเปิดโอกาสให้ชักถามความเข้าใจ ขณะเก็บข้อมูลถ้าผู้ร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบายใจ นักวิจัยจะหยุดการสนทนานั้นทันที ในการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จะใช้สถานที่ ที่ไม่ทำให้เกิดการเพ่งเลิง จากบุคคลอื่น และปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เปิดเผยชื่อจริง นามสกุลจริงอย่างเคร่งครัด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำเสนอในภาพรวม เทบันทึกเสียง และสมุดบันทึกต่าง ๆ จะถูกทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุด

## ผลการวิจัย

**1. การดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น พบ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลายลักษณะ ดังนี้**

**1.1 วัยรุ่นที่ศึกษาในระดับมัธยมปลาย** เกือบทั้งหมดดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า นักเรียนมัธยมปลายทั้งชายและหญิงร้อยละ 92 ดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และในจำนวนนี้ ร้อยละ 42 ดีมีประจำตัวแต่ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ถึงดีมีเกือบทุกวัน โดยเริ่มดีมีตั้งแต่เรียนประถม จากสาเหตุ คือ ทดลองดีมีแล้วติดใจความสนุกสนานทำให้ดีมีต่อ เมื่อเข้ามัธยมต้นพบนักเรียนดีมีมากขึ้น โดยมีนักเรียนร้อยละ 82 เริ่มดีมีครั้งแรกในช่วงชั้นมัธยมต้น นอกจากจำนวนนักเรียนที่ดีมีเพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังพบว่า นักเรียนเริ่มดีมีในปริมาณที่มากขึ้น จากที่ดีมีแค่เล็กน้อยกล้ายเป็นตีมงานมา และดีมีเป็นประจำเพิ่มมากขึ้น และมีนักเรียนบางคนดีมีเกือบทุกวัน เช่นกัน เพราความสนุกสนาน “กินเหล้าครั้งแรกตอน ม. 1 พี่ๆ ที่ห้องชาน หนูก็เลยกิน พอกินแล้วมันก็สนุกดี หลังจากนั้นมาพี่ๆ เขายังรู้แล้วว่าเราเคยกิน พี่เขาทิชวนอีก เราก็ปฏิเสธไม่ได้ เมื่อมีครั้งแรก ก็มีครั้งที่สองครั้งที่สามตามมา หลังจากนั้นก็กินมาตลอด ไม่มีงานอะไรก็กิน กินเกือบทุกวันเลยค่ะ”

**1.2 การรวมกลุ่มดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** ของนักเรียนพบได้ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) กลุ่มนักเรียนชายชานกันดีมีประจำในชุมชน ในตอนเย็นหลังเลิกเรียน และวันหยุดเสาอาทิตย์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง 2) การ

แอบดีมของกลุ่มนักเรียนหญิง โดยนักเรียนหญิงจะรวมกลุ่มประมาณ 7-10 คน นัดสังสรรค์ดีมกันเป็นประจำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะแอบดีมไว้ให้ผู้ปกครองเห็น และ 3) การสังสรรค์ของเพื่อน 乍ร์มชั้นเรียน ทั้งชายและหญิง จะเป็นการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือโอกาสพิเศษ เช่น วันปีใหม่ วันเกิด

**1.3 นักเรียนมักดีมกันตอนกลางคืน** เพราะสะดวกกว่าตอนกลางวันและรอพั้นจากสายตาผู้ใหญ่ โดยจะดีมในสถานที่ลับตา ลอดพั้นจากการสังเกต หรือพบเห็นได้โดยง่ายของผู้อื่น เช่น

บ้านเพื่อน ที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่ได้อยู่ด้วย “ส่วนใหญ่กินที่บ้านเพื่อน เพราะพ่อแม่มันไม่ค่อยอยู่บ้าน” หรือ บ้านที่ผู้ปกครองไม่ได้ห้ามปราบไม่ได้มี “ส่วนมากก็จะกินที่บ้านเพื่อนครับ เพราะว่าบางครั้งพ่อแม่มันก็เตรียมอาหารไว้ให้ด้วยครับ” หรือ

พนังกันตั้งพังริมหน้าโรง เป็นสถานที่ที่นักเรียนชอบรวมกลุ่มกันเป็นประจำามค่ำคืน เพราะมีดสลา แสงไฟส่องสว่างไม่เพียงพอ ยากต่อการสังเกตของผู้คนที่ผ่านไปมา “บางที่เรากินกันที่ริมโรง มันมีดหน่อย ผู้ใหญ่ผ่านไปมาไม่รู้ว่าเป็นใคร” หรือ

ร้านคาราโอเกะในชุมชน ที่นักเรียนชายจะชอบเพรา มีดและมีพนักงานบริการหญิงมาบริการ “บางที่พวกเรากินที่ร้านคาราโอเกะนะ กินไปด้วยร่องเพลงไปด้วย คนไม่ค่อยเห็นด้วย” “เราก็ไปร้องเพลงที่ร้านคาราโอเกะ มันมีดี และมีสาวๆ ให้จับด้วย มีสุรากต้องมีนารีครับ” หรือ

ร้านเหล้าบ้าน เป็นประสบการณ์ใหม่ของนักเรียนในชนบท ด้วยลักษณะการจัดร้านที่ปิดบังสายตาผู้ที่ผ่านไปมา ซึ่งปิดให้บริการแก่นักเรียนและตั้งอยู่ไม่ห่างไกลจากโรงเรียนมากนัก ด้วยเหล้าบ้านที่มีหลากหลายให้เลือกดีมวัยรุ่นจดชอบดีม “เด็กๆ ชอบไปกินที่ร้านเหล้าบ้าน เยอะมาก มันมีหลายอย่างให้เลือก เรา กินกันประมาณ เดือนละครั้งสองครั้งครับ ร้านมันก็อยู่ไม่ไกล ก็อยู่แถวๆ ปากซอย นี่เองครับ”

**1.4 การได้มาซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** นักเรียนเรียกเงินกันชื่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้งตามกำลังความสามารถในการจ่ายได้ของแต่ละคน “เวลา กินเหล้า น้ำ ก็ออกเงินกัน มีบางคนออกมาก บางคนออกน้อยครับ และแต่ครั้งครับ ออกมากก็



เมามาก แต่ส่วนใหญ่ก็เท่า ๆ กันแหะ” เมื่อมีโอกาสพิเศษจึงจะมีเจ้าภาพเลี้ยง เช่น วันเกิด หรืองานบุญ “อย่าง มีงานบุญประจำบ้านที่หนึ่งเราก็จะไปกินที่บ้านของเพื่อน ซึ่งที่บ้านมันก็เตรียมเลี้ยงคนอื่นที่อยู่远ๆ ๆ บ้านนั้น แหะครับ”

**1.5 การตัดสินใจดีมีครั้งแรกเป็นเรื่องยาก**  
สำหรับนักดีมีหน้าใหม่ เพราะวัยรุ่นยังต้องพึงพ่อแม่ การดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกก็กลัวพ่อแม่รู้ กลัวถูกทำโทษ กลัวพ่อแม่เสียใจ กลัวมา เห็นคนอื่นมาแล้วอาเจียน ปวดศีรษะแล้วทราบ แล้วรู้ว่ามันไม่ดีต่อสุขภาพ แต่เมื่อถูกชวนบ่อยๆ จากกลุ่มเพื่อน รุ่นพี่ ผู้ใหญ่ หรือเห็นการดีมีเป็นประจำ กระตุนทำให้ยิ่นยานอกดีมี อย่างรู้อย่างกล่อง และคิดว่าโตแล้วสามารถดีมีได้ และเมื่อยุ่นในสิ่งแวดล้อมหรือสถานที่อื่นต่อการดีมี เช่น หอพัก บ้านเพื่อน หรือสถานที่ที่วัยรุ่นรวมกลุ่มในที่ลับตา ทำให้ทดลองดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกได้ง่าย “ครั้งแรกพี่ๆ ที่หอพักชวน หนูก็ไม่กล้ากิน กลัวอาจารย์รู้เห็นพี่มาแล้วอ้วก มันทราบ หนูกลัวมา พี่ๆ ก็บอกว่าไม่เป็นไรมาแล้วเดี๋ยวก็หาย เราเป็นพี่น้องกันต้องกินด้วยกันซึ่ง แค่นี้เองกินไม่ได้หรือ หนูก็เลยกิน พอกินแล้วมันก็สนุกดี มาเหมือนกันแต่ไม่อ้วก”

**1.6 การดีมีครั้งต่อมาจะง่ายขึ้นจนกลายเป็นนักดีมีเต้มตัว** หลังจากดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก บางคนติดใจในรสชาติ ดีมีแล้วเกิดความสนุกสนาน ดีมีแล้วไม่มีใครห้าม หรือดีมีแล้วผู้ปักครองไม่รู้ ทำให้การตัดสินใจดีมีในครั้งต่อมาง่ายขึ้น เมื่อดีมีแล้วขาดความยับยั้งชั่งใจ ดีมีต่อมาเรื่อยๆ และบ่อยครั้งขึ้นจนกลายเป็นนักดีมีเต้มตัว “ครั้งแรกพี่ๆ ที่หอชวน หนูก็ไม่กล้า พอกินแล้วมันก็สนุกดี หลังจากนั้นมาพี่ๆ เขาก็รู้แล้วว่าเราเคยกิน พี่เขาก็ชวนอีก เราเก็บปูเสื่อไม่ได้ เมื่อมีครั้งแรก ก็มีครั้งสองที่สามตามมา หลังจากนั้นก็กินมาตลอด ไม่มีงานอะไรก็กิน กินเกือบทุกวันเลยค่ะ”

**2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้แก่**

### 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น

ค่านิยมเป็นลูกผู้ชายต้องดีมีเหล้า ในสังคมผู้ชายด้วยกัน การดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นการแสดงความเป็นลูกผู้ชาย และบ่งบอกว่าเป็นลักษณะนิสัยของผู้ชายที่ต้องดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากได้

ไม่ดีมีจะถูกดูแคลนว่าไม่เป็นชายชาตรี “เป็นลูกผู้ชายต้องกินเหล้า ถ้าไม่กินเขาเก็บว่าเป็นตืด” “มันเป็นลักษณะของลูกผู้ชาย”

**ดีมีเพื่อประโยชน์แบบคนในครอบครัวและรุ่นพี่** พฤติกรรมการดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัว นักเรียนที่ยังไม่เคยดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเห็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือรุ่นพี่ดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็เกิดความรู้สึกที่อยากดื่มน้ำ อย่างรู้จักอย่างล่อง หรือด้วยความรู้สึกที่ว่าเป็นผู้ใหญ่ หรือดีมีแล้วเท่าที่ จึงเกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบและดีมีตาม “บังที่เราเห็นพี่กับแม่กิน แล้วสนุกเข้า เราเก็บอย่างกินบัง อย่างสนุกบัง” “เห็นผู้ใหญ่กินแล้วก็อยากร้องกินว่าทำไม่ผิดใหญ่ถึงดีมีกัน”

**ทัศนคติ เป็นผู้ใหญ่แล้วต้องดีมีเหล้าได้ สังคมที่ไวยรุ่นรับพฤติกรรมการดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ใหญ่ ว่าเป็นเรื่องปกติ เป็นการสังสรรค์ซึ่งเต็กวัยรุ่นรับใช้ดังเช่นที่มักมีคำพูดที่ว่า “เป็นผู้ใหญ่แล้วค่อยดีมี” ดังนั้นการดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นจึงบ่งบอกว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่ “การกินเหล้ามันเหมือนเป็นการแสดงตัวตนว่าเราโตแล้วนะ เรากินเหล้าได้นะ เรากินเป็นนะ มันเหมือนจะบอกให้คนอื่นรู้เราโตแล้วนะ”**

**ดีมีแล้วทำให้ดูเท่ห์** วัยรุ่นมีทัศนคติว่าการดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ดูเงาดูดี มีเสน่ห์ และดึงดูดความสนใจจากบุคคลรอบข้างและเพศตรงข้าม เวลาดีมีแล้วมีคนมองทำให้รู้สึกเท่ห์ “กินแล้วทำให้ดูเงาดูเซ็กซี่ขึ้นค่ามันเซ็กซี่ขึ้น” “กินเหล้าแล้วทำให้ดูเท่ห์ ครับ เวลาสาวๆ มอง”

**แค่อยากรดีมี** นักเรียนไม่ได้นึกถึงผลกระทบจากการดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แค่ดีมีเพื่อความสนุกสนาน “ดีมีตอนแรกไม่รู้หรอกว่ามันจะเกิดอะไร มีผลเสียอย่างไร ก็แค่สนุก ดีมีกันเรื่อยๆ”

อย่างรู้อย่างกล่องรสชาติของเหล้า วัยรุ่นดีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อยากรดีมี ประสบการณ์ใหม่ๆ ให้ดูเงา และอย่างรู้จักรสชาติของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ว่ามีรสชาติอย่างไร อยากรดองมาดูว่ามาแล้วจะเป็นอย่างไร “อยากรดองมั่นนะ เห็นเขากินดูแล้วน่าสนุก ก็เลยลองกินดู” หรือ “อยากรดองมาดู อย่างรู้ว่ามาแล้วจะเป็นอย่างไร” หรือ “อย่างรู้ว่ารสชาติเป็นอย่างไร”



**ดีมแล้วทำให้มีเพื่อนมาก** การดีมเครื่องดีม แอลกอฮอล์เป็นการแสดงถึงความเป็นพรครพวะเดียวกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม วัยรุ่นจึงดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์เพื่อต้องการการยอมรับของกลุ่ม เพื่อน “เห็นคนกินเหล้ามีเพื่อนเยอะ ก็อยากมีเพื่อนบ้าง ก็เลยกินกันเข้า”

**การดีมช่วยสร้างความสนุกสนาน** การดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยจะกระตุ้นร่างกาย และสมอง ทำให้เกิดความสนุกสนาน เมื่อดีมแล้วเกิดความสนุกสนาน วัยรุ่นเองเกิดติดใจและดีมเรื่อยมาซึ่ง เป็นเหตุผลหลักของการดีมครั้งต่อๆไป “ถ้ามีงานไม่มีเหล้า ไม่มีเบียร์ มันก็ไม่สนุก มันไม่เหมือนเทศกาลด้วย เหล้ามาແລ້ວทำอะไรก็สนุกไปหมด พูดอะไรก็สนุกไปหมด มันร่าเริง เวลากินดองกินให้เม้า รีบกินรีบเม้า เมาแล้ว มันสนุก ได้เต้น ได้ร้องเพลงมันสนุกดี”

**การดีมช่วยทำให้กล้าแสดงออก** การดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์ทำให้บุคลิกเปลี่ยนจากบุคลิกเงียบๆ ข้ายাও ไม่ค่อยพูด กล้ายังเป็นคนที่กล้าพูด กล้าทำ กล้าแสดงออก “กินแล้วทำอะไรก็แบบไม่อายนะครับ ทำอะไรก็กล้าพูดกล้าทำ เเจอผู้หญิงก็กล้า กล้าที่จะเข้าไป จีบนะครับ ส่วนมากถ้าไม่กินเหล้าก็จะไม่กล้าทำ ไม่กล้าเต้น แต่พอกินแล้วมันไม่อาย หน้าเวทีหม้อรำซึ่งก็เต้นได้”

**ดีมเพื่อสืมปัญหา เมื่อนักเรียนเจอปัญหา โดยเฉพาะเรื่องความรัก วัยรุ่นมักจะชวนเพื่อนๆไปดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์และปรับทุกข์กัน “เวลาเราอกหักนี่ ลิ่งแรกที่เราคิดถึงคือเพื่อน เมื่อเราไปหาเพื่อน เพื่อนก็จะบอกว่าไปกินเหล้าก่อนแล้วค่อยว่ากัน พอมาแล้ว เดี๋ยวมันก็ลืม”**

**2.2 ปัจจัยด้านเครื่องดีมแอลกอฮอล์** ที่มี หลากหลายให้เลือกดีม เช่น เหล้า เบียร์ เหล้าขาว เหล้าปั่น สาปาย และชาช้อได้ย่างตามร้านค้าในชุมชน เช่น ร้านขายของชำในชุมชน ร้านคาราโอเกะ ร้านเหล้าปั่น นูกจากนี้การจัดวางรวมกับสินค้าทั่วไปที่ทำให้วัยรุ่นเห็นได้ย่างการแบ่งขายทำให้วัยรุ่นซื้อเครื่องดีมแอลกอฮอล์ได้สะดวกขึ้น เช่น การแบ่งเหล้าขาวแก้วละ 10 บาท หรือ การแบ่งไส้ขาดเครื่องดีมบำรุงกำลัง หรือการผสมกระเทิงแดงขายให้แก่นักเรียน หรือที่เรียกว่ากันในหมู่นักดีมว่า “น้อยทิง” วัยรุ่นที่ดีมประจำทั้งชายและหญิงจึงชอบดีมเหล้าขาว “เหล้าขาวผสมพวยกระเทิงแดงมันกินง่ายกว่า กินแล้วไม่เมาก้าง ไม่ปวดหัวด้วย และมันก็ถูกดี

“มาเร็วด้วย” ส่วนวัยรุ่นที่ดีมน้ำนมฯ ครั้ง จะดีมเครื่องดีมที่ดีมง่าย “ผู้หญิงส่วนใหญ่ก็ดีมสาปายกัน หรือไม่ก็ดีมเหล้าผสมน้ำอัดลมมันดีมง่ายดี” หรือบางส่วนนิยมดีมเหล้าปั่น “เหล้าปั่น มันมีหลายอย่างให้เลือก เด็กๆ ชอบดีมกัน”

**2.3 ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์ ทั้งแบบที่ตั้งใจให้ดีม หรือแบบที่เป็นตัวอย่างการดีมให้วัยรุ่นตาม ได้แก่**

การยอมรับการดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์ของครอบครัว วัยรุ่นมองการดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์ของพ่อแม่เป็นเรื่องปกติสัยที่ผู้ใหญ่จะดีมได้ เพราะหาเงินได้เอง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ไม่มีเรื่องทะเลวิวาท และการดีมของผู้ใหญ่บางคนเป็นการดีมเพื่อผ่อนคลาย หรือเป็นการลังสรรค์ในหมู่ญาติพี่น้องด้วยกัน “ที่พ่อกินเหล้าผมก็ไม่ได้คิดว่าเป็นปัญหาอะไรนาน แกเป็นผู้ใหญ่ เป็นเงินของพ่อเงย และพ่อท้าเงินได้เอง”

ครอบครัวยอมรับการดีมของวัยรุ่นว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ให้ระมัดระวังการดีมจนมาก ครอบครัวที่ดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์ไม่อาจสามารถห้ามวัยรุ่นได้ก็ จำต้องยอมรับแต่ให้วัยรุ่นดีมได้ แต่ยังคงเป็นห่วงการดีมของวัยรุ่น “บ้านทูนเป็นแหล่งมั่วสุม กินกันทั้งบ้าน ทั้งพ่อแม่ อุํกเลย พ่อแม่ก็ไม่ว่าอะไร ก็บอกว่าอย่ากินมาก กินแล้วให้รู้จักตัวเอง กินแล้วอย่าให้เม้า ให้รู้จักว่าเป็นยังไง”

การสอนบุตรหลานให้รู้จักดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์ โดยการให้ทดลองดีมเพื่อจะได้รู้จักรสชาติ และการมา เป็นการเตือนสติให้รู้จักระวังในการดีม “พมให้ลูกสาว มันลองกินดู มันจะได้รู้ว่าเหล้ามันรสชาติเป็นอย่างไร ลองแล้วมันเป็นอย่างไร แล้วก็บอกมันว่า ให้มันคิดเอาว่าจะกินต่อหรือไม่”

**2.4 ปัจจัยด้านเพื่อน ชีวิตประจำวันที่นักเรียนมักยอมต้องออกจากบ้านเพื่อไปโรงเรียน ทำให้การใช้ชีวิตมีความอิสระมากขึ้น ต้องพบเพื่อนใหม่ การเข้าสังคมใหม่ และเริ่มทดลองประสบการณ์ใหม่ พฤติกรรมการดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์ของนักเรียนส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากเพื่อน โดยพบว่า เพื่อนที่ดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์มักจะชวนเพื่อนดีมด้วย หรือแนะนำให้เพื่อนแก่ปัญหาด้วยดีมเครื่องดีมแอลกอฮอล์ หรือปฏิเสธเพื่อนไม่ได้ “เวลาไปกับเพื่อน ถ้าไม่กินก็ยังไม่จะ**

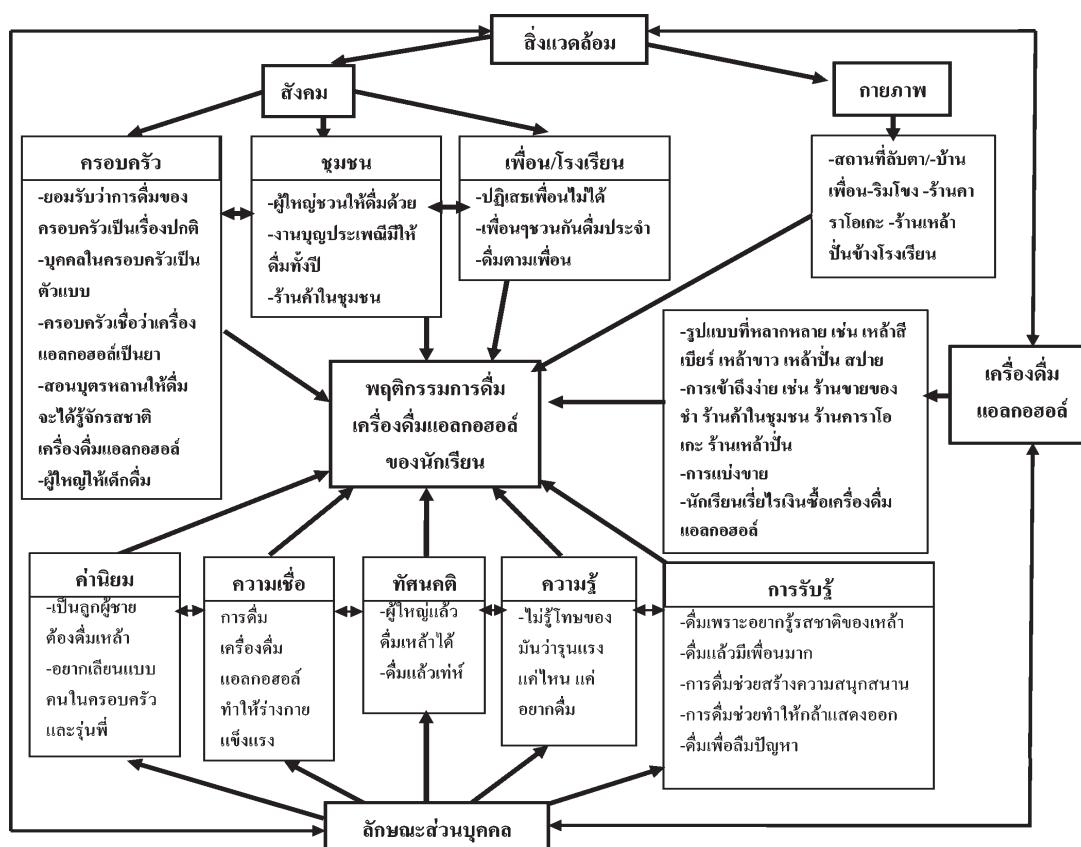


เพื่อนมันชวน มันก็อยากให้กินด้วย เราก็เลยต้องกินข้าวมันไม่ได้” ด้วยความเกรงใจเพื่อนจึงต้องดื่ม “ถ้าเพื่อนชวนแล้วไม่กินมันไม่คืออะไรที่ ก็เป็นเพื่อนกันก็ต้องกินด้วยกัน” เพื่อนจึงเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นและเมื่อมีปัญหา วัยรุ่นจะขอคำแนะนำจากเพื่อน “เวลาเราอกหักนี่ ลิ้งแรกที่เราคิดถึงคือเพื่อน เมื่อเราอกหักไปหาเพื่อน เพื่อนก็จะบอกรว่าไปกินเหล้าก่อนแล้วค่อยว่ากัน เพื่อนมันก็จะบอกให้เราทำโน่นทำนี่ เราก็จะทำตามมัน มันบอกให้กินเหล้ากัน”

**2.5 ปัจจัยด้านสังคมชุมชนและบริบทของเพื่อนบ้านที่วัยรุ่นอาศัยอยู่ พฤติกรรมการดื่มของคนในชุมชนมีผลต่อการดื่มของวัยรุ่น เช่น วัยรุ่นเห็นพฤติกรรมการดื่มการสังสรรค์ของคนในชุมชนหรืออุปชัชชวนให้เด็กดื่มตามและเด็กจะมีหน้าที่บริการวงเหล้า โดยโดยผสานเครื่องดื่มหรือซื้อเครื่องดื่มและกับแก้ม “ด้วยความที่เราเป็นเด็กที่ต้องมีหน้าที่ดูแลชงเหล้า**

พอเหล้าหมดก็เป็นคนไปชื้อ และซื้อน้ำแข็ง ซื้อกับแก้มอะไรพอกนี้” นอกจากนี้ขับธรรมเนียมและวัฒนธรรมประเพณี เช่น งานแห่งเรือ บุญประจำปี บุญน้ำไฟ สงกรานต์ และปีใหม่ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เคร่งครัดทำให้หักเรียนมีโอกาสดื่มได้่ายิ่งขึ้น “ที่นี่กินเหล้ากันบ่อยมาก มีงานบุญตลอด พอมีบุญเจ้าภาพจะเตรียมเหล้าเตรียมอาหารไว้ เพราะเดียวเพื่อนจะว่าได้ว่าขึ้นเนี่ย มันเลยเป็นโอกาสให้เด็กได้เห็น ได้กินตามผู้ใหญ่แล้วเด็กๆ มันก็จะชวนเพื่อนมันมากินที่บ้านเหมือนกัน”

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความหลากหลายปัจจัยสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมและภัยภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบริบทของเพื่อนบ้าน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น (ภาพที่1)



ภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน



## 2.6 ประสบการณ์การเลิกเหล้า

ประสบการณ์การเลิกเหล้า หมายถึง วัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำ หรือดื่มเมื่อมีโอกาส ได้ลัดการดื่มลง หรือบางคนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแต่ละคนมีเหตุผลต่างๆ ได้แก่

1) เลิกเพราะร่างกายอ่อนแอลัง นักเรียนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีผลกระทบต่อสุขภาพทำให้ร่างกายอ่อนแอกลืนลำบาก “แต่ก่อนช่วง ม.ต้นกินหนักมากเกือบทุกวัน กินแล้วมันเหนื่อยออกกำลังกายนิดหน่อยก็เหนื่อย ก็เลิกลดลง ตอนนี้ลดลงเยอะ กินแค่ตอนมีงาน” หรือบางคนบอกว่า “มันชักไม่ไหว กินมาก ๆ รู้สึกว่าตัวเองชั่ลงมาก จะคิดจะทำ หรือจะหยิบจับอะไร ก็รู้สึกว่าร่างกายมันชาไปหมด เลยคิดว่าเรา่จะลดลงได้แล้วนะ แบบนี้คงไม่ไหว”

2) เลิกเพื่อความคิดถึงอนาคต นักเรียนเป็นห่วงอนาคตการเรียนของตนเอง และคิดได้ว่าหากยังคงดื่มอย่างหนักต่อไปจะเป็นผลเสียต่ออนาคต ต่อการเรียนและหากสอบเรียนต่อไม่ได้กลัวพ่อแม่เสียใจในพฤติกรรมดังกล่าว “แรก ๆ กินเยอะมากอาทิพย์หนึ่งกิ๊ก 3-4 วัน แต่ต่ำไปปัจจุบันนี้กินน้ำ ๆ ครั้ง เดือนหนึ่ง ประมาณครึ่งหรือสองครั้ง มันเริ่มคิดได้ว่าขึ้นยังกินอย่างนี้ต่อไปคงสอบเรียนต่อใหม่ไม่ได้ พ่อแม่ก็เสียใจด้วยที่เห็นลูกเกเร” หรือ “ตอนนี้ลดลงไปเยอะ มันคิดได้ ห่วงการเรียนและกลัวพ่อแม่เสียใจด้วย”

3) เลิกเพราะกลัวโทษและภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อได้รับความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้วเกิดความกลัวผลที่จะเกิดตามมา หรือเคยประสบอุบัติเหตุ เพราะมาทำให้คิดได้และเลิ่งเห็นโทษและพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ “ครั้งนั้นผมมาก พ้อขึ้นรถบัสหลับปูน ก็พอดีมีรถใหญ่สวนมาแล้วเปิดไฟสูงใส่ ก็รู้สึกตัวหลบลงข้างทางทันและ ผมพยายามเข้าหาอยู่บนรถเลิกเหล้า ก็มีชีวิตอุบัติเหตุให้ดูแล้วมันกลัวนะ กับมากลดลงไปเยอะ”

4) เข้าวัดปฏิบัติธรรมช่วยได้ การเข้าดัดปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิ ร่วมกับการอบรมความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้นักเรียนเกิดความตระหนักรู้และลดการดื่มลงได้ “เคยไปวัดครับ แบบว่าไปจำศีลครับ ไปถือศีล พิธีกรรม แล้วก็

ปฏิบัติสมาธิด้วย แล้วพระก็จะให้ความรู้เรื่องสุรา มันดีนะครับ ทำให้เราได้คิด ว่ามันไม่ดี สำหรับผู้ชาย ทำให้ลดการกินเหล้าลงเยอะเลย”

5) เลิกเพราะไม่มีเงินซื้อ บางคนเลิกดื่มได้ช่วงระยะสั้น เพราะไม่มีเงินซื้อดื่ม “พมก็เคยคิดอยู่ช่วงหนึ่งครับพี่ ตอนนั้นมีเงินกินเหล้า กินจนเงินหมด จะทำอะไรเลยไม่ได้ทำ ไม่มีเงินใช้เป็นเดือน ๆ เลยครับ ก็เลิกมาคิดได้ ก็เลยคิดว่าจะเลิกกินเหล้าครับ ไม่ออกจากบ้านเลยครับ”

6) เลิกดื่มเพราะอยากรู้สึกดี “ผ่านอินเตอร์เน็ต เกมส์ “ผ่านสัญญาณแม่ว่าถ้าแม่ติดอินเตอร์เน็ต ให้จะเลิกกินเหล้า เพราะได้ไปเล่นเกมแทน”

3. การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากพฤติกรรมการดื่มนั้นเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย และส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงต้องมีความหลากหลายทั้งวิธีการและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ตั้งแต่นักเรียน ครอบครัว เพื่อน โรงเรียนและชุมชน ที่ต้องมีการป้องกันการดื่มครั้งแรกจะเกิดขึ้นและการแก้ไขพฤติกรรม การดื่มทั้งแบบที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการวิเคราะห์ ได้แก่

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สื่อที่เหมาะสมกับช่วงวัย เช่น จังหวะ

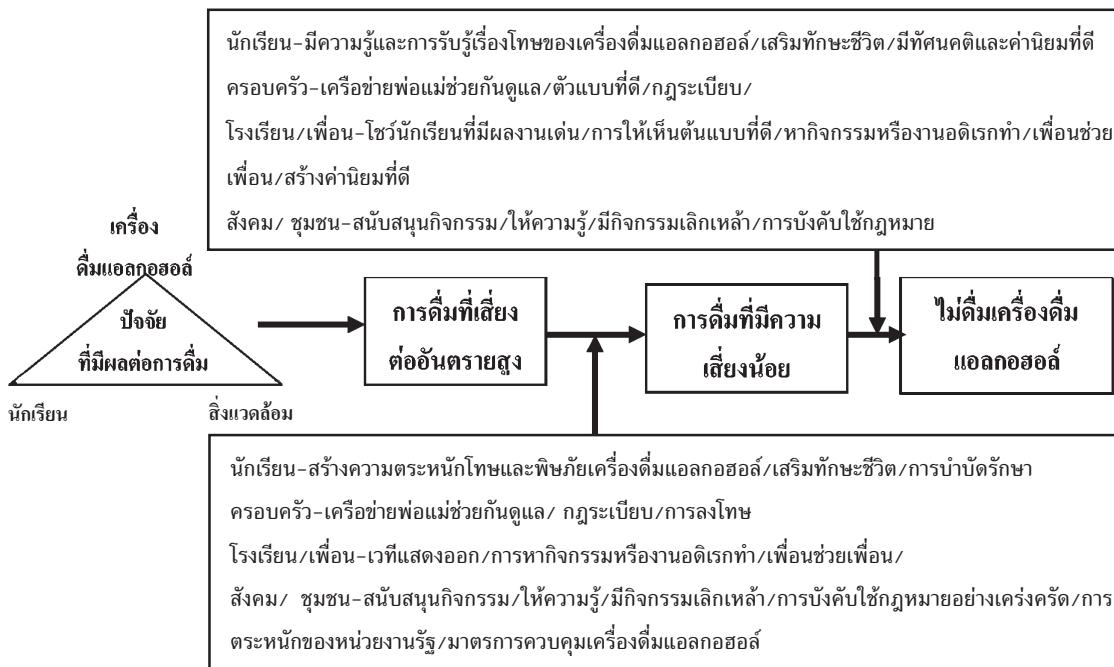
2) การเสริมทักษะชีวิต เช่น การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การไม่คบเพื่อนเกเรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตระหนักในคุณค่าตนเอง การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่เหมาะสมและปลูกฝังค่านิยมที่ดี

3) การให้เห็นตัวอย่างจริงของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ผู้พิการจากอุบัติเหตุ เป็นต้น

4) การให้เห็นต้นแบบที่ดี จะช่วยให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบ และทำงานในทางที่ดี เช่น เพื่อนนักดนตรี นักกีฬา พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ดาวน์ นักเรียน หรือผู้ที่ประสบความสำเร็จในสังคมที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



- 5) การหากิจกรรมหรืองานอดิเรกทำ ทำให้ นักเรียนไม่เลี้ยวเวลาไปกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 6) เพื่อนช่วยเพื่อน เพราะเพื่อนเป็นบุคคล ที่นักเรียนไว้วางใจ เพื่อนจะต้องช่วยเหลือและแนะนำ เพื่อน ให้ปฏิบัติในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม และไม่ ซักชวนกันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 7) การสร้างเครือข่ายพ่อแม่ช่วยกันดูแล บุตรหลานร่วมกับโรงเรียน
- 8) การร่วมกันกำหนดและลงโทษบุตร หลานในครอบครัว ตามกฎระเบียบ ข้อตกลงร่วมกัน ของครอบครัว
- 9) การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียน เป็นศูนย์กลาง เช่นในนักเรียน
- 10) การยกย่อง เชิดชู และแสดงผลงานของ นักเรียนที่มีผลงานเด่น เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนอื่น
- 11) การสร้างกฎระเบียบของชุมชน ในการ ป้องกันเด็กดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบังใช้กฎหมาย ต่างๆ ให้เกิดผลจริง (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### การอภิปรายผล

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ มีการปรับตัวเข้าสู่สังคมใหม่ เพื่อนใหม่ การรวม กลุ่มและการมีเพื่อนเป็นลิ่งสำคัญในการพัฒนาทางสังคม และช่วยลิ่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้สึกมั่นใจ เชื่อมแข็ง และ มีพลังอำนาจเป็นการเสริมสร้างความภาคภูมิใจเอกลักษณ์ หรือภาพพจน์ให้กับตัวเอง เพื่อนจึงเป็นกลุ่มทางสังคม

ที่สะท้อนพัฒนาการทางด้านสังคมของวัยรุ่น เพื่อนจึงมี อิทธิพลอย่างสูงต่อวัยรุ่นและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นประสบการณ์ใหม่อย่างหนึ่งของวัยรุ่น<sup>1,4</sup>

จะเห็นได้ว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบที่ไม่ได้เฉพาะตัววัยรุ่นเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบ ครอบครัว ชุมชน และสังคม จึงจำเป็นที่ทุกภาคส่วน จะได้ป้องกันปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่



ช่วงวัยเด็ก ก่อนที่วัยรุ่นจะกลายเป็นนักดื่มหน้าใหม่ ด้วยการลดปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นลง เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดตามมา<sup>4,11,16,17</sup>

ปัจจัยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นนั้น หลากหลาย และซับซ้อน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ค่านิยม การเลียนแบบ ความเชื่อทัศนคติ ความรู้เรื่องโภชนาและพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ด้านดีของการดื่ม ดื่มแล้วจะมีเพื่อนมาก เพิ่มความสนุกสนาน กล้าแสดงออก อย่างรู้อย่างกล่องรถสัตหิ่งเหล้า ปัจจัยด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความหลากหลายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รสชาติ บรรจุภัณฑ์ ราคา การเข้าถึง ได้ง่าย ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การเลียนแบบบุคคล ในครอบครัว การยอมรับว่าการดื่มเป็นเรื่องปกติของครอบครัว ความเชื่อ การสอนบุตรหลานให้รู้จักเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ใหญ่ให้เด็กดื่ม ปัจจัยด้านเพื่อน เช่น เพื่อน ๆ ชวนกันดื่ม ปัจจัยด้านลังคอมชุมชนและบริบทของเพื่อนบ้านที่วัยรุ่นอาศัยอยู่ เป็นอีกปัจจัยที่กำหนด พฤติกรรมการดื่มของนักเรียน เช่น พฤติกรรมการดื่มของคนในชุมชน การยอมรับเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในชุมชน การซักขวัญให้เด็กดื่มตามขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมประเพณี เช่น งานแข่งเรือ บุญประจำปี บุญบั้งไฟ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เคร่งครัด เหล่านี้ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มของนักเรียน<sup>3,4,11</sup> ดังนั้นการป้องกันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงไม่สามารถที่จะกระทำได้โดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดเป็นการเฉพาะ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ตัวนักเรียนเอง เพราะเป็นทั้งผู้ที่ดื่มหรืออยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ดื่ม ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ร่วมกันกำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยยึดหลักของการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ เพื่อให้การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

### ข้อเสนอแนะ

1. การป้องกันการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งแรก ควรเริ่มตั้งแต่ชั้นประถม เพราะเป็นช่วงที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น มีการปรับตัวเข้าสู่สังคมใหม่ ทำให้อยากรู้อย่างกล่อง จึงทดลองประสบการณ์ใหม่ ด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. การแก้ไขพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย ควรมีการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มก่อน ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่ดื่มนาน ฯครั้ง และกลุ่มที่ดื่มประจำ เพื่อให้ดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขการดื่ม จึงควรมีความจำเพาะในแต่ละกลุ่ม

3. การป้องกันและแก้ไขการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำเป็นจะต้องมีบุคคลที่หลากหลาย ร่วมกันกำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีที่หลากหลาย โดยยึดหลักของการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ และ พ.อ.สระ เจียริยบุญญา ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน น้อง ๆ นักเรียน ผู้ปกครอง และครู ที่ได้เสียสละเวลาให้ข้อมูล ขอขอบคุณศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- บัณฑิต คริพศาล, จุฑารณี แก้วมุงคุณ, ศุภพงศ์ อิ่มสรพงศ์, กลมา วัฒนพร, โศกิต นาสีบ, วิภาดา อันล้ำเลิศ. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โซดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลับลิชชิ่ง; 2550.
- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. โครงการประเมินผลนโยบายป้องกันอุบัติเหตุจราจรของรัฐบาลในช่วง เทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2546: ภาคตะวันออก เจียงหน่อ [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]; 2546.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Bultimor: Williams & Wilkins; 1998.
- ณิชาภัทร บุญสวัสดิ์กุลชัย, สมจิต แวนลีแก้ว. การป้องกันการดื่มสุราอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสาร สมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเฉียงหน่อ 2551; 26(1): 56-66.



5. รุจा ภู่พนูลย์. การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นแบบมี ส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุดทอง; 2549.
6. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว; 2544.
7. บัณฑิต ศรีโพศาล และคณะ. ทำไม่ต้องควบคุม การโฆษณาและการส่งเสริมการขายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์โดยลึ้นเชิง. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัย ปัญหาสุรา; 2549.
8. สุวรรณี แสงอาทิตย์. ปัจจัยทำงานพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเสพสารเสพติดในวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
9. Steinhause HC, Metzke CW. The validity of adolescent types of alcohol use. J Child Psychol Psychiatr 44; 677-86: 2003.
10. โครงการเอดส์ศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. คู่มือการใช้ PRA ในการทำงานด้าน เอดส์ในชุมชน. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง; 2541.
11. راتรี ศรีล้อม, สมจิต แวนส์แก้ว. การสังเคราะห์ ภูมิปัญญาชุมชนในการเลิกบุหรี่โภคสุรา. วารสาร สมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 44-52.
12. ประชาติ วัลย์เสถียร, พระมหาสุทธิชัย อบอุ่น, สหทัย เบญจทรัพย์, ชลอัญจน์ ชาชันนารี. กระบวนการ และเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อชุมชน เป็นสุข; 2546.
13. Bhandari BB. Participatory Rural Appraisal: PRA. Institute for Global Environmental Strategies; 2003.
14. เกษรวัลล์ นิลวรางกูร, พูลสุข ศิริพูล. การเสริม สร้างศักยภาพของเยาวชนในการดำเนินการวิจัย เชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบ การสื่อสารการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์.(รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: มูลนิธิพัฒนา เครือข่ายเอดส์ (เอดส์เน็ท) สำนักงานสาขาวิชา ศึกษา; 2547.
15. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, เบญจា ยอด ดำเนิน-แฉ็ตติกจ. (บรรณาธิการ). จริยธรรม สำหรับการศึกษาวิจัยในคน. นครปฐม: สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
16. สมพร วัฒนนฤกุลเกียรติ, สมจิต แวนส์แก้ว, รัตน์ดาวรรรณ คลังกลาง. การบริโภคและการลด การบริโภคสารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 41-51.



## ความเครียดและการเผยแพร่ความเครียดของผู้ป่วยวิกฤตที่หอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลโภสต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

*Bouavanh Pathoumthong M.N.S\**  
*วราวดา รายสูงเนิน PhD\*\**

### บทคิดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาลิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีการเผยแพร่ความเครียด ของผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman<sup>1</sup> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยวิกฤต ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม-อายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตห้าใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลโภสต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2553 จำนวน 125 คน กลุ่มเป้าหมายมีอายุ 18 -65 ปี มีระดับความรู้สึกตัวดี ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปแล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง สามารถให้ข้อมูลวิจัย โดยไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด และแบบบันทึกการเผชิญความเครียด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงและแปลเป็นภาษาลาวจากเครื่องมือของนิตยาเวียงพิทักษ์<sup>2</sup> ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา และความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟารอง cronbach สำหรับความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดเท่ากับ 0.90 และของแบบวัดการเผยแพร่ความเครียดเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบร่วมกับผู้เชี่ยวชาญมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 1.06$ , SD = 0.48) และค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดรายด้านในลำดับต้นๆ ได้แก่ ความเครียดด้านจิตใจ ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ความเครียดด้านร่างกาย และความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม ในระดับปานกลาง-เล็กน้อย ตามลำดับ ( $\bar{x} = 1.27$ , 1.10, 0.97, 0.90) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการเผยแพร่ความเครียดรายด้าน ในลำดับแรกๆ ได้แก่ การเผยแพร่ความเครียดด้านการมองโลกในแง่ดี การเผยแพร่หนักับปัญหา การยอมรับโชคชะตา การพึงพาตนเอง และการบรรเทาความเครียด ในระดับใช้งานครั้งตามลำดับ ( $\bar{x} = 1.77$ , 1.56, 1.55, 1.54, 1.52)

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยวิกฤต มีความเครียดทางด้านจิตใจมากที่สุด โดยลิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ ความกลัวตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และกลัวความพิการ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการประเมินความเครียด และวิธีการเผยแพร่ความเครียด รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อล่วงเสริมให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤตสามารถปรับตัวและเผยแพร่ความเครียดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยวิกฤต ความเครียด การเผยแพร่ความเครียด

\* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Stresses and Coping Strategies among Critically Ill Patients in Mahosot Hospital, Lao People Democratic Republic

*Bouavanh Pathoumthong M.N.S\**  
*Wasana Ruisungnoen PhD\*\**

### **Abstract**

The purpose of this descriptive study is to describe stresses and coping strategies among patients who experienced critical illness in Mahosot Hospital, Lao People Democratic Republic. Lazarus & Folkman's<sup>1</sup> stress and coping model was applied as theoretical framework. Target population was patients who received care in Medical-Surgery and Coronary Critical Care Unit during July–August 2010. One hundred and twenty-five patients who volunteered to be the participants were those who had age range between 18–65 years old, were well-oriented, became free from critical condition for more than 24 hours, and were able to provide information without risk of complication.

Three research instruments consisting of a demographic data questionnaire, the stress scale, and the stress coping scale, which were modified and translated into Lao from Nitaya Viengpithak's<sup>2</sup> were used in this study. The modified and translated versions were evaluated for translation accuracy and content validity. The Cronbach's alpha coefficients of questionnaire's reliability were 0.90 for the stress scale and 0.85 for the stress coping scale. Descriptive statistics was used for data analysis.

Findings from this study show that patients who experienced critical illness in Mahosot hospital had moderate level of stress ( $\bar{x} = 1.06$ , SD = 0.48). The dimensions of stress that had major impacts on patients' perception while they were critically ill were psychological, family–economical–social, physiological, and environmental dimensions respectively ( $\bar{x} = 1.27$ , 1.10, 0.97, 0.90). For the stress coping strategy, it was found that patients used various coping style in which being optimistic, being confronted with the problem, accepting the fate, being self-reliance, and managing stress, respectively ( $\bar{x} = 1.77$ , 1.56, 1.55, 1.54, 1.52).

In summary, patients who were critically ill experienced psychological stress more than other dimensions. Being fear of dying, being anxious about illness condition, and worrying about disability were the most powerful factors contributed to stress. Results from this study can be used to provide a guideline for assessing stress and coping methods for critically ill patients. An appropriate nursing care can be developed to encourage patient's adaptation and desirable coping mechanism, as a result.

**Keywords:** critically patients, stress, coping



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัยทาง

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง มีปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต ที่ต้องการการดูแลและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ โดยในบางครั้งการเฝ้าระวังและการแก้ไขภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ดังกล่าวใช้เวลาหลายวันหรืออาจเป็นหลายสัปดาห์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยวิกฤตจะต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ค่อนข้างรุนแรงตลอดทั้งวัน ทั้งจากการทำงานของเจ้าหน้าที่รวมทั้งเสียงรบกวนจากเครื่องมือทางการแพทย์ ผนวกกับสภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงทั้งของตนเองและการมองเห็นสภาพความเจ็บป่วยของบุคคลรอบข้าง ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวล้วนส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล<sup>3</sup>

ในภาวะที่ผู้ป่วยวิกฤตเผชิญความเครียด จะมีการตอบสนองทางด้านร่างกายต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุน<sup>4</sup> ด้วยการแสดงอาการต่างๆ เพื่อระบายความเครียด เช่น การแสดงอารมณ์ฉุนเฉียว ก้าวร้าว โวยวาย เก็บกด ร้องไห้ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ชื้มเคร้า ปฏิเสธความร่วมมือในการรักษาหรือเรียกร้องความสนใจ ต้องการจากแพทย์และพยาบาลให้อยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา<sup>5,6,7,8</sup> ในภาวะที่ต้องเผชิญความเครียดสูงเป็นเวลานานจะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ กล้ามเนื้อตึงตัวเพิ่มขึ้นทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง การฟื้นฟูสภาพร่างกายล่าช้า สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้การเจ็บป่วยมีระยะเวลานานขึ้น<sup>9-13</sup> ในภาวะดังกล่าวถ้าผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและกลับสู่ภาวะสมดุลทางด้านสุขภาพได้เร็วขึ้น<sup>1</sup>

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยสาเหตุหลักด้านที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น ปัจจัยด้านร่างกาย การอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหวด้วยอุปกรณ์ การรักษาและเครื่องมือการแพทย์ กระบวนการตรวจนักเรียนทางด้านร่างกาย ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ การสื่อสารที่ถูกจำกัด เนื่องจากต้องใส่ท่อช่วยหายใจ การขาดความเป็นส่วนตัว

การขาดอำนาจตัดสินใจ การรับรู้ว่า “ห้องไอซี ยู” เป็นห้องที่มีผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากจนอาจหมดหัวใจจะรักษาให้หาย หรืออาจต้องพิการเมื่อออกจากโรงพยาบาล ปัจจัยด้านล่างแวดล้อม ได้แก่ การที่อยู่ในสภาพแวดล้อมไม่คุ้นชินและไม่สุขสบาย มีแสงไฟสว่างตลอดเวลา การได้กัดลิ้นอันไม่พึงประสงค์จากยาและลิ้งคัดหลังต่างๆ รวมทั้งการที่ตนเองต้องอยู่ภายใต้กฎระเบียบของโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไร้อำนาจและไม่สามารถพึงตนเองได้ เป็นต้น<sup>2,14-20</sup>

สำหรับวิธีการเผชิญปัญหา พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตใช้วิธีการพยายามอย่างทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบมุ่งจัดการด้านอารมณ์ และการเผชิญปัญหาร่วมกับการจัดการด้านอารมณ์ แต่ผู้ป่วยจะใช้ด้านใดมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญและบริบทของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา

โรงพยาบาลโลสต์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางของประเทศขนาด 450 เตียง รับรักษาผู้ป่วยทุกประเภท มีหอผู้ป่วยวิกฤต 2 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม-อายุรกรรม มีจำนวน 17 เตียง รับผู้ป่วยทุกระบบที่อยู่ในภาวะวิกฤต และหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือดมีจำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีจำนวนเฉลี่ย จำนวน 70-80 คนต่อเดือน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยวิกฤตจะผ่านกระบวนการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน เช่น ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องใส่ค่าสายส่วนปัสสาวะ ต้องใส่สายยางระบายต่างๆ ต้องดันน้ำและอาหารทางปาก สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จะมีผลผ่าตัด ที่ทำให้เคลื่อนไหวลำบากและเจ็บปวด บางรายต้องถูกยืดตึงกับเตียงเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจและห่อต่างๆ ผู้ป่วยทั้งหมดไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันจากพยาบาล ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเนื้อหา เนื่องจากมีเวลาจำกัดในการเยี่ยม

จากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์ในผู้ป่วย 10 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดจำนวน 9 คน ไม่มี



ความเครียด 1 คน โดยผู้ป่วยระบุเหตุผลของการไม่มีความเครียดเนื่องจากผู้ป่วยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 7 ครั้ง และทุกครั้งผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีความเครียดให้เหตุผลว่า สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ ความเจ็บป่วย การไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ การมีอาการหายใจลำบาก มีความเจ็บปวด เหนื่อยล้า และรำคาญที่มีลิ้งที่ยืดติดร่างกาย ขาดรายได้ ความวิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และเป็นห่วงครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษานำร่อง จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วยวิกฤตในระดับหนึ่ง แต่ความแตกต่างทางด้านบริบทลิ้งแวดล้อม วัฒนธรรมความเชื่อ วิธีการดูแล และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตระหว่างพื้นที่ที่ทำการศึกษาที่ผ่านๆ มาและโรงพยาบาลโภสต สาธารณรัฐประชาชนอิพตใหญ่ประชาชนลาว ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในอิทธิพลของความแตกต่างดังกล่าวต่อความเครียดของผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลโภสต

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman<sup>1</sup> เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลจากการวิจัยจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิกฤตสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ปรับตัวได้ มีการฟื้นหายดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยวิกฤตขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโภสต

2. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยวิกฤตขณะรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโภสต

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เจ็บป่วย

วิกฤตในช่วงระยะเวลา ที่เข้ารับการรักษาตัวหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งต้องได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้รักษาว่า พ้นจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตแล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง สามารถให้ข้อมูลวิจัยได้โดยไม่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีอายุ 18-65 ปี ไม่จำกัดเพศ มีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยการฟัง อ่าน เชียนภาษาลาวได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การดำเนินการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวนหานาดกกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 125 คน จากสูตรการคำนวณ<sup>2</sup> ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 [P(1-P)]}{e^2(N-1) + [Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)]}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษานี้ใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความเครียด และ 3) แบบวัดการเผชิญความเครียด โดยเครื่องมือทั้งหมดได้ดัดแปลงจากแบบวัดความเครียดและแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ นิตยา เวียงพิทักษ์<sup>2</sup> และแปลเป็นภาษาลาว จากนั้นได้นำไปตรวจสอบความถูกต้องของการแปลภาษา และความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถอ่านได้ทั้งภาษาไทยและภาษาลาว ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์อัล法 cronbach สำหรับความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดได้เท่ากับ 0.90 และของแบบวัดการเผชิญความเครียดได้เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW และนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลด้านความเครียด และการเผชิญความเครียด นำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พนบฯ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 56 และ ร้อยละ 44 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 45.4 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุระหว่าง 54-65 ปี (ร้อยละ 36.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.2) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.8) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.8) มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 22.4) มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 43.2) การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 24.8) โรคประจำตัวคือโรคหัวใจ (ร้อยละ 11.2) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 74.4) มีระยะเวลาที่อยู่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเวลา 2 วัน (ร้อยละ 42.4) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 82.4) และไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจในขณะรับการรักษา (ร้อยละ 75.2)

2. ค่าคะแนนความเครียดของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต วัดโดยแบบวัดความเครียดมีคะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน พนบฯ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 1.06$ , SD = 0.48) ซึ่งเมื่อจำแนกเป็นความเครียดรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยที่สูงเป็นอันดับแรกคือความเครียดด้านจิตใจ ( $\bar{x} = 1.27$ , SD = 0.55) รองลงมาเป็นความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ( $\bar{x} = 1.10$ , SD = 0.73) ความเครียดด้านสภาพร่างกาย ( $\bar{x} = 0.97$ , SD = 0.55) และความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม ( $\bar{x} = 0.90$ , SD = 0.50) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดรายด้านในระดับปานกลางถึงระดับเล็กน้อย

3. การเพชิญความเครียดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการวิจัย พนบฯ ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการเพชิญความเครียดโดยรวม อยู่ในระดับใช้งานครั้ง ( $\bar{x} = 1.47$ , SD = 0.34) และการเพชิญความเครียดรายด้าน อันดับแรกที่ผู้ป่วยใช้ได้แก่ ด้านการมองโลกในแง่ดี ( $\bar{x} = 1.77$ , SD = 0.58) รองลงมาเป็นด้านการเพชิญหน้า กับปัญหา ( $\bar{x} = 1.56$ , SD = 0.56) ด้านการยอมรับ โชคชะตา ( $\bar{x} = 1.55$ , SD = 0.65) ด้านการพึงพาตนเอง ( $\bar{x} = 1.54$ , SD = 0.54) ด้านการบรรเทาความเครียด ( $\bar{x} = 1.52$ , SD = 0.61) ด้านการใช้การสนับสนุน

( $\bar{x} = 1.33$ , SD = 0.63) ด้านการหลีกหนี ( $\bar{x} = 1.33$ , SD = 0.48) และด้านการจัดการกับอารมณ์ ( $\bar{x} = 1.17$ , SD = 0.58) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการเพชิญความเครียดรายด้านใน ระดับใช้งานครั้ง

## การอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลโนโตร มีประสบการณ์ความเครียดทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความเครียดด้านจิตใจ ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจสังคม ความเครียดด้านสภาพร่างกาย และความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยประเมินว่า การเข้ามารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับที่ไม่รุนแรงมาก ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากระดับความเจ็บป่วยที่อาจรุนแรงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยวิกฤตในการศึกษาอื่น ๆ ดังประเมินได้จากข้อมูลที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างการรักษา (ร้อยละ 75.2) ไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (ร้อยละ 74.4) ซึ่งอาจทำให้ระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตเพียง 2 วัน (ร้อยละ 42.4)

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า มีความเครียดด้านจิตใจมากที่สุด ซึ่งเมื่อพิจารณาจากคำถ้ามารายข้อในแบบวัดพนบฯ กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความเครียดทางด้านจิตใจ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความกลัวตาย และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมากที่สุด ส่วนเหตุผลในลำดับรองลงมา ได้แก่ กลัวความพิการ และการนอนไม่หลับ ผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้จากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เพิ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นครั้งแรก จึงย่อมมีความวิตกกังวลต่อสภาวะเจ็บป่วยของตนเองอันเกิดจากการรับรู้และทัศนคติที่มีต่อการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น<sup>18</sup> ร่วมกับการไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้เกิดความหวาดกลัว และนอนไม่หลับ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman<sup>1</sup> ที่อธิบายว่าเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยจะเกิดการ



ประเมินขั้นปฐมภูมิว่าการเข้ารักษาตัวครั้งนี้เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง จึงทำให้เกิดการตอบสนองโดยเกิดความเครียดขึ้น

อีนี้ เหตุผลที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดด้านจิตใจสูงกว่าด้านร่างกาย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายที่อาจก่อให้เกิดความเครียดทางกายน้อยกว่าเมื่อเทียบกับในการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งประเมินได้จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ การไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างการรักษา การไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ค่อนข้างน้อย ดังกล่าวแล้วข้างต้น

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 8 ด้านตามทฤษฎีของ Lazarus & Folkman<sup>1</sup> ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การเผชิญหน้ากับปัญหา การยอมรับโชคชะตา การพึงพาตนเอง การบรรเทาความเครียด การใช้การสนับสนุน การหลีกหนี และการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้ในระดับใช้บางครั้งทั้งหมดทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับระดับของความเครียดโดยรวมที่อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือด้านการมองโลกในแง่ดี และเมื่อพิจารณาจากรายข้อมูลในด้านนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีในการตั้งความหวังว่าตนเองจะต้องรอดชีวิต ผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ในลักษณะที่เป็นกลไกการตอบสนองในด้านบวกของผู้ป่วยวิกฤต ที่ทำให้ต้นเองรู้สึกถูกด้วยความวิตกกังวล ร่วมกับความรู้สึกเชื่อมั่นในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์ของการศึกษานี้ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นิตยา เวียงพิทักษ์<sup>2</sup> ผลการวิจัยข้อนี้สนับสนุนแนวคิดตามทฤษฎีของ Lazarus & Folkman<sup>1</sup> ที่กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยาภยทั้งความคิด และการกระทำของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการทั้งภายในและภายนอกของบุคคล ซึ่งจะจัดการกับความต้องการได้เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล วิธีที่เหมาะสมน่าจะเป็นวิธีที่จะช่วยลดความตึงเครียดของอารมณ์ได้ และช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหา

### ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลชี้พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดทางด้านจิตใจเป็นอันดับแรก และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ ผู้ป่วยกลัวตาย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และกลัวพิการ ดังนั้นพยาบาลควรให้การดูแลประคับประคองทางด้านจิตใจเพื่อลดปัญหาดังกล่าว โดยให้การดูแลอย่างเอื้ออาทร ให้เวลาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ในการสนใจ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งช่วยหาเทคนิคในการผ่อนคลายที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตเท่านั้น ซึ่งเป็นที่ทราบทั่วไปว่าภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไม่ได้ก่อให้เกิดความเครียดเฉพาะในผู้ป่วยเท่านั้น แต่ส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัวและญาติผู้ป่วยด้วย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันในครอบครัวและญาติผู้ป่วย เนื่องจากความเครียดของญาติย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ควรมีการขยายการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอื่น ๆ ที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือมีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ยาวนาน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ. อ.พน ศรีรักษา รศ. สุจิตรา ลิ้ม อำนวยลาภ และ Mrs. Aphone Visathep ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอบคุณคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ดลวิวัฒน์ แสนโสม คณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เป็นที่ปรึกษาทางด้านสถิติและถ่ายทอดความรู้อันเป็นพื้นฐานสำคัญในการศึกษาวิจัย ขอบพระคุณผู้อำนวยการและบุคลากร โรงพยาบาลโภสต์ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัย ขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยนี้



### เอกสารอ้างอิง

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress and Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.
2. นิตยา เวียงพิทักษ์. ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในห้องผู้ป่วยระยะวิกฤต (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
3. Stein-Parbury, McKinley. Nursing Around the world: Australia and Patients experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. University of Technology Sydney 2000; 5(2): 1.
4. Selye H. The Stress of life (revised ed). New York: McGraw- Hill Book; 1976.
5. Chyun D. Patients' perception of stressors in intensive care unit and coronary care unit. Focus on Critical 1989; 16(3): 206-211.
6. Nanghton FO. Stress and Coping. California State University: Northridge; 1997.
7. Stillwell SB. Management of Behavioral Manifestations in the Critically Ill Patient. Moby's Critical Care Nursing Reference. (4), 128. International Standard Book; 1992.
8. จริยา ตันติธรรม. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและอนุกรรมการ พัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2547.
9. Mc Gonigal K. The importance of sleep and the sensory environment to critically ill patients. Intensive Care Unit 1986; 2: 73-83.
10. Guire Mc et al. Intensive Care Unit Syndrome. Internal Medicine 2000; 160(7): 160.
11. Greenberg JS. Stress Management. 5<sup>th</sup>. A Times Mirror Higher Education Group. Inc; 1996.
12. Jennifer G, Lisa C, Janice KG. Stress, Age and Immune Function: Toward a Lifespan Approach. Journal of Behavioral Medicine 2006; 29(4): 389-400.
13. เทอดศักดิ์ เดชคง. วิถีแห่งการคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พรินติ้ง เช็นเตอร์; 2541.
14. Cornock MA. Stress and the intensive Care patient: perceptions of patients and nurses. Journal of Advanced Nursing 1998; 27(3): 518-527.
15. Hweidi. Jordanian patients' perception of atressors in critical care units: a questionnaire survey. In J Nurs Stud. Jordan University of Science and Technology 2007; 44(2): 227-35.
16. Lof L, Berggren L, Ahlström G. Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay--3 and 12 months after discharge. Intensive Crit Care Nurs 2006; 22(3): 154-166.
17. Novacs MA FP, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. (1997). Stressors in ICU: patients' evolution. Intensive Care Med 1997; 23: 1282-1285.
18. ชวัญเรือน แพรรุสกุล. สถานการณ์สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
19. ชิษณุ พันธุ์เจริญ. การสื่อสารในห้องผู้ป่วยวิกฤต [ออนไลน์] 2552 [อ้างเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2552] จาก <http://www.ChulaCCCommunity>.
20. Cochran J, Ganong LH. A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit Stressors. Journal of Advanced Nursing 1989; 14: 1038-1043.
21. อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ. ชีวสถิติ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.



## ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

พนอ เดชะอธิก พย.ม.\* กรองได อุณหสูต กศ.ด.\*\* นพพร เช่าวะเจริญ\* พชรินทร์ อ้วนไตร\*  
จิราพร พรหมพิทักษ์กุล\* กัญญา วงศ์ครร\* สุนทรพร วันสุพงศ์\* บุบผา ชอบใช้\*

### **บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ เป็นส่วนที่หนึ่งของการวิจัยและพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุ ฉุกเฉินด้านกระบวนการโดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และด้านผลลัพธ์ของการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อจำแนกตามระดับของพยาบาล พบว่า พยาบาลระดับ 3 มีผลประเมินด้านกระบวนการ และผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลระดับ 4-5 มีผลประเมินด้านกระบวนการอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และ พยาบาลระดับ 6-8 ผลการประเมินอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ และยังพบว่า ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถ เชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหา ทักษะปฏิบัติ การทำงานเป็นทีม การประสานงาน และการตัดสินใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) เท่ากับ 0.965, 0.955, 0.945, 0.933, 0.928, 0.893 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะควรมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานและมุ่งพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉินให้อยู่ในระดับสูงขึ้น โดยเน้น 3 อันดับต่อไปนี้ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหา และ การตัดสินใจ หัวหน่วยงานควรนำข้อมูลมาประกอบการประเมินแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำมาลดจุดด้อย และคงจุดเด่นไว้

**คำสำคัญ:** ความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน

### **The Study of the Registered Nurses' Core Competencies at the Accident and Emergency Room, Srinagarind Hospital**

Panor Techaatik M.N.S.\* Kongdai Unhasuta PhD\*\* Nopporn Chauwajaroen M.N.S.\* Patcharin Aountri M.N.S \*  
Jiraporn Prompitakkul M.N.S \* Kanya Wangsri M.A.\* Suntaraporn Wonsupong Bc\* Bhupa Chobchai M.N.S\*

### **Abstract**

This descriptive research was the part of the research and development with the aim to strengthen the core competencies of the registered nurses working at the Accident and Emergency Room (CCAEN) of Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, and Khon Kaen University. The study was divided into three phases: designating the CCAEN, developing the CCAEN assessment tool, and evaluating the CCAEN. The samples were 62 nurses

\*พยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



working at the Srinagarind Hospital at least six months. Head nurses, peers, and nurses were asked by using the CCAEN assessment tool validated by three experts and reliability tested with the Cronbach's alpha coefficient = 0.99. Then, all data were analyzed with quantitative statistic.

The results of study showed that: 1) the overall average scores of the CCAEN in the process part (frequency of performance) and the performance satisfaction were quite high; 2) the overall average scores of the CCAEN in the process part (frequency of performance) and the performance satisfaction categorized using the nurse levels revealed that those in the nurse level 6–8 were quite high, medium in the nurse level 3 and the nurse level 4–5 had the overall average scores of the CCAEN in the process part (frequency of performance) quite high; 3) for item competencies, the average score of the technical performance was the highest ( $\bar{x} = 4.04$ ), and the three lowest average scores were on the leadership, problem solving, and decision making, respectively ( $\bar{x} = 3.78, 3.73$ , and  $3.70$ ); and 4) there was a significant positive relationship between the CCAEN and item competencies: leadership, problem solving, technical performance, teamworking, co-operation and decision making with the Pearson's correlation coefficient = 0.965, 0.955, 0.945, 0.933, 0.928, and 0.893 at p-value < 0.01. These mean to the improvement of the nursing competency standard and the CCAEN benchmark. In addition, the institution needs to concern on the lowest and the highest scores of the item competencies in terms of how to decrease those weaknesses and to sustain the strength.

**Keywords:** Core competencies, registered nurses working in the accident and emergency room

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาฯ

การพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นการพยาบาลให้การดูแลผู้รับบริการ ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต โดยเฉพาะในภาวะคุกคามชีวิต (Life-threatening condition) ที่มีปัญหาของการหายใจ และการไหลเวียนเลือด ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต ต้องการการประเมินที่แม่นยำและชัดเจน เพื่อให้การบำบัดการรักษาที่รวดเร็ว<sup>4</sup> เพราะชั่วโมงทองของชีวิต (Golden hour) มีระยะเวลาไม่นาน หากสมองขาดออกซิเจนนานเกินกว่า 4 นาที จะทำให้เสียชีวิตและเกิดความพิการได้ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการช่วยเหลือที่ล่าช้า ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย (vital organ) ไม่เพียงพอ<sup>2</sup> ทำให้เกิดการสูญเสียที่เป็นระบบของชีวิต คือภายใน จิต สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งยังเป็นผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บและครอบครัว และผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ<sup>5</sup>

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ได้อย่างแม่นยำ พร้อมให้การดูแลผู้รับบริการ ณ จุดเกิดเหตุ และในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน<sup>1,4</sup> ที่สำคัญการปฏิบัติงาน

เป็นการวิเคราะห์ตัดสินใจกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทุกระยะ ทุกอวัยวะของร่างกาย และทุกเพศ ทุกวัย<sup>1</sup> อีกทั้งไม่สามารถปฏิบัติให้การดูแลได้เพียงลำพัง เป็นการทำงานที่มีลักษณะเป็นทีม อาศัยการสื่อสาร ประสานความร่วมมือ<sup>5,6,7</sup> อาจกล่าวได้ว่าประสบการณ์ ปฏิภัณฑ์ และไหวพริบ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้การพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินประสบผลสำเร็จ<sup>5</sup> แต่ประสบการณ์ในการพยาบาลผู้รับบริการที่ไม่ทราบว่าจะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นล่วงหน้าหรือปฏิภัณฑ์ในการแก้ปัญหาจากทุกวัย ของช่วงอายุ และไหวพริบในการสื่อสารสั่งการกับหน่วยงานภายในและภายนอกองค์กร ไม่สามารถเรียนรู้ หรืออบรมได้ในเวลาจำกัด เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยทักษะซึ่งเกิดจากการประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติที่ใช้เวลา<sup>6</sup>

โรงพยาบาลศринครินทร์จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก (Core Competency) ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในรูปแบบการศึกษาวิจัยในระดับเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลศринครินทร์และชุมชนพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย โดยเชื่อว่าความสามารถเชิงสมรรถนะหลักจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติงานที่เป็นระบบและชัดเจนเพร



เป็นกระบวนการบริหารที่ดึงขีดความสามารถของบุคคล อกมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด<sup>7,8</sup> ทั้งยังมีมาตรฐาน กลางในการทำงาน ดังนั้นในเบื้องต้นจึงมีการศึกษา ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เพื่อนำข้อมูลมาประยุกต์ในการพัฒนาพยาบาล หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีความสามารถเชิงสมรรถนะ หลักในระดับมาตรฐานงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ระดับประเทศต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของ พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎี ระบบ CIPP Model มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ นโยบายของ องค์กรพยาบาล นโยบายการพัฒนารัฐพยากรณ์ นุชร พันธกิจเครือข่ายความร่วมมือสถาบันในการร่วมพัฒนา

2. กระบวนการ (Process) ได้แก่ การประชุม เชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดและสร้างเครื่องมือประเมิน ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน การประชุมชี้แจงพยาบาลแผนการพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ การใช้แบบ ประเมินสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน การ นำผลการประเมินสะท้อนกลับเป็นรายบุคคล การประชุม เจ้าลักษณ์หัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุทั่วประเทศเพื่อสรุป ประเด็น หรือเนื้อหาวิชาในการนำมาจัดการอบรมภายใต้ หน่วยงานหรือการส่งเสริมให้บرمพยาบาลอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ในระดับเครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน

3. ผลลัพธ์ (Output) ผลการประเมินสมรรถนะ หลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งด้านกระบวนการและ ด้านผลลัพธ์ เพื่อนำไปกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการ พัฒนาสมรรถนะหลักของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประกอบ ด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดความสามารถเชิง สมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) การ

สร้างแบบประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของ พยาบาลอุบัติเหตุเฉิน 3) การประเมินความสามารถเชิง สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาลแผนการ พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจาก แผนการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งปฏิบัติงานตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป จำนวน 62 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉินสร้างโดยพยาบาลเครือข่ายชุมชน พยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย<sup>9</sup> ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความสามารถเชิง สมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาก ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.99

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมิน แบบ 360 องศา โดยกำหนดผู้ประเมินความสามารถ เชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน คือ ผู้ร่วมงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าหน่วย และการประเมิน ตนเองของพยาบาลทั้งหมดในหน่วยงานนั้น ๆ ดังนั้น จำนวนชุดการประเมินเท่ากับจำนวนพยาบาล ทั้งหมด ในหน่วยงานนั้น ๆ และจึงนำค่าคะแนนมาหาค่าเฉลี่ย สรุปเป็นของพยาบาลแต่ละคน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows สติติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ ค่าความถี่และจำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลหน่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาก (Cronbach's coefficient) ของเครื่องมือประเมินความ สามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's moment) ของความสามารถเชิงสมรรถนะ หลักของ พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน



**เกณฑ์ประเมินผล แบ่งเป็น 2 มิติ คือ 1) ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้านกระบวนการ โดยการประเมินตามเกณฑ์คะแนนที่กำหนด ตามความถี่ของการปฏิบัติ และประผลตามค่าเฉลี่ยจากการประเมินแบบ 360 องศา ซึ่งจัดระดับความสามารถ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ สูง ค่อนข้างสูง ปานกลาง ค่อนข้างต่ำ และต่ำ**

**2) ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินด้านผลลัพธ์ โดยการประเมินตามเกณฑ์คะแนนที่กำหนดผลการปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้ประเมินและประผลตามค่าเฉลี่ยจากการประเมินแบบ 360 องศา ซึ่งจัดระดับผลลัพธ์ของความสามารถ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ สูง ค่อนข้างสูง ปานกลาง ค่อนข้างต่ำ และต่ำ**

### ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ เป็นพยาบาล ทั้งหมด 62 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.2 เพศชาย ร้อยละ 4.8 อายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 48.4 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 33.9 อายุ 41 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 17.7 การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 91.7 ส่วนน้อยจบปริญญาโท ร้อยละ 8.3 ด้านประสบการณ์การทำงานในแผนกการพยาบาลอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ >5-10 ปี ร้อยละ 41.9 รองลงมา >10 ปี ร้อยละ 20.9 6 เดือน -1 ปี ร้อยละ 19.4 >1 - 3 ปี ร้อยละ 8.1 น้อยที่สุด > 3-5 ปี ร้อยละ 4.8 ตำแหน่ง ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับ 3 ร้อยละ 33.9 รองลงมา เป็นพยาบาลระดับ 5,4,6 และ 8 ร้อยละ 25.8, 16.1, 14.5, 6.5 และน้อยที่สุดเป็นพยาบาลระดับ 7 ร้อยละ 3.2 การประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการพยาบาลอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่ง เดย์ 1 ครั้ง ร้อยละ 53.2 รองลงมา เดย์ 2,3 และ 4 ครั้ง ร้อยละ 14.5, 12.9 และ 9.7 ตามลำดับ และส่วนน้อย คือ ไม่เคย เดย์มากกว่า 4 ครั้ง และ เดย์แต่ไม่ระบุ ร้อยละ 2.23 เท่าๆ กัน**

**2. ผลการประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะ หลักของพยาบาลอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โดยรวม และราย ด้าน ทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ดังนี้**

**1) การประสานงาน ของการประเมินด้านกระบวนการ มีค่าสูงกว่าด้านผลลัพธ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.91**

และ 3.79 ตามลำดับ ข้อที่ได้อันดับสูงสุดเหมือนกัน คือ การแสดงความเป็นมิตร มีน้ำใจ โดยด้านกระบวนการ ได้ค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านผลลัพธ์เท่ากับ 4.12 และ 4.00 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ได้อันดับต่ำสุดของด้านกระบวนการ แตกต่างกัน โดยด้านกระบวนการ คือ อธิบายและชี้แจง ข้อมูลชัดเจน ค่าเฉลี่ย 3.78 ส่วนด้านผลลัพธ์ คือ มี การสื่อสารในการประสานความร่วมมือ ค่าเฉลี่ย 3.68

**2) การตัดสินใจ ของการประเมินด้านกระบวนการ มีค่าสูงกว่าด้านผลลัพธ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.70 และ 3.60 ตามลำดับ ข้อที่ได้อันดับสูงสุดเหมือนกัน คือ ใช้ความรู้และข้อมูลในการเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา โดย ด้านกระบวนการ ได้ค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านผลลัพธ์เท่ากับ 3.79 และ 3.68 ตามลำดับ และข้อที่ได้อันดับต่ำสุดเหมือนกัน คือ ติดตามผลการเลือกแนวทางในการแก้ปัญหา โดยด้านกระบวนการ ได้ค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านผลลัพธ์เท่ากับ 3.64 และ 3.55 ตามลำดับ**

**3) ภาวะผู้นำ ของการประเมินด้านกระบวนการ มีค่าสูงกว่าด้านผลลัพธ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.78 และ 3.69 ตามลำดับ ข้อที่ได้อันดับสูงสุดของด้านกระบวนการ คือ รับผิดชอบในหน้าที่ และให้ความสำเร็จกับผลสำเร็จ ของทีม ค่าเฉลี่ย 3.98 ข้อที่ได้อันดับสูงสุดด้านผลลัพธ์ คือ มุ่งมั่นเต็มใจในการปฏิบัติภารกิจ ค่าเฉลี่ย 3.86 และ ข้อที่ได้อันดับต่ำสุดเหมือนกัน คือ มีความรอบคอบ สุขุม โดยด้านกระบวนการ ได้ค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านผลลัพธ์เท่ากับ 3.57 และ 3.47 ตามลำดับ**

**4) การแก้ไขปัญหา ของการประเมินด้านกระบวนการ มีค่าสูงกว่าด้านผลลัพธ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.73 และ 3.61 ตามลำดับ ข้อที่ได้อันดับสูงสุดเหมือนกัน คือ กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดปัญหา โดยด้านกระบวนการ ได้ค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านผลลัพธ์เท่ากับ 3.85 และ 3.70 ตามลำดับ ข้อที่ได้อันดับต่ำสุดเหมือนกัน คือ วิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินแก้ปัญหา โดยด้านกระบวนการ ได้ค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านผลลัพธ์ เท่ากับ 3.71 และ 3.51 ตามลำดับ**

**5) การทำงานเป็นทีม ของการประเมินด้านกระบวนการ มีค่าสูงกว่าด้านผลลัพธ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.95 และ 3.85 ตามลำดับ ข้อที่ได้อันดับสูงสุดเหมือนกัน คือ ยอมรับความสามารถและศักยภาพของบุคคลอื่นโดยด้านกระบวนการ ได้ค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านผลลัพธ์ เท่ากับ**



4.16 และ 4.04 ตามลำดับ ข้อที่ได้อันดับต่ำสุดเมื่อเทียบกัน คือ ประเมินสถานการณ์ที่มีและสั่งการให้ปฏิบัติ โดยด้านกระบวนการค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านผลลัพธ์ เท่ากับ 3.70 และ 3.61 ตามลำดับ

6) ทักษะปฏิบัติ ของการประเมินด้านกระบวนการ มีค่าสูงกว่าด้านผลลัพธ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.78 และ 3.69 ตามลำดับ ข้อที่ได้อันดับสูงสุดของด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์เมื่อเทียบกัน คือ คัดกรอง และแยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง โดยด้านกระบวนการสูงกว่าด้านผลลัพธ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.22 และ 4.08 ตามลำดับ ข้อที่ได้อันดับต่ำสุดเมื่อเทียบกัน คือ ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา โดยด้านกระบวนการ ค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านผลลัพธ์ ดังนี้ 3.83 และ 3.71

3. ผลการประเมินความสามารถสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินด้านกระบวนการโดยรวม และรายด้าน จำแนกตามระดับของพยาบาล พบว่า ความ

สามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้านกระบวนการจำแนกตามระดับของพยาบาล พบว่า พยาบาลระดับ 3 มีความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินด้านกระบวนการโดยรวม อุปín ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 อันดับสูงสุดของ การประเมินรายด้าน คือ การประสานงาน ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.61 อันดับต่ำสุด คือ การตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.18 พยาบาลระดับ 4-5 และพยาบาลระดับ 6-8 มีความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้านกระบวนการโดยรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ดังนี้ 4.00, 4.31 ตามลำดับ อันดับสูงสุดของการประเมิน รายด้านคล้ายกัน คือ ทักษะปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19, 4.45 ตามลำดับ แต่ระดับ 6-8 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ส่วนอันดับต่ำสุด คือ การตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.83 และ 4.23 โดยระดับ 4-5 จะมีคะแนนต่ำกว่า (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวม และรายด้านด้านกระบวนการ จำแนกตามระดับของพยาบาล**

รายการประเมิน	ระดับ 3		ระดับ 4-5		ระดับ 6-8		โดยรวม	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
การประสานงาน	3.61	0.56	3.98	0.50	4.24	0.61	3.91	0.60
การตัดสินใจ	3.18	0.70	3.83	0.60	4.23	0.62	3.70	0.76
ภาวะผู้นำ	3.33	0.62	3.89	0.58	4.25	0.62	3.78	0.70
การแก้ไขปัญหา	3.20	0.67	3.86	0.60	4.27	0.60	3.73	0.75
การทำงานเป็นทีม	3.56	0.62	4.05	0.60	4.33	0.64	3.95	0.69
ทักษะปฏิบัติ	3.57	0.69	4.19	0.56	4.45	0.52	4.04	0.69
<b>โดยรวม</b>	<b>3.44</b>	<b>0.59</b>	<b>4.00</b>	<b>0.53</b>	<b>4.31</b>	<b>0.56</b>	<b>3.88</b>	<b>0.65</b>

4. การประเมินความสามารถสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินด้านผลลัพธ์โดยรวม และรายด้าน จำแนกตามระดับของพยาบาล ด้านผลลัพธ์โดยรวม พบว่า พยาบาลระดับ 3 มีความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินด้านผลลัพธ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 อันดับสูงสุดของการประเมินรายด้าน คือ การประสานงาน ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.52 อันดับต่ำสุด คือ การตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.11 พยาบาลระดับ 4-5 และพยาบาลระดับ 6-8 มีความ

สามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้านผลลัพธ์โดยรวม ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.87, 4.15 ตามลำดับ อันดับสูงสุดคล้ายกัน คือ ทักษะปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.03, 4.25 ตามลำดับ พยาบาลระดับ 4-5 ด้านที่มีผลลัพธ์ในอันดับต่ำสุด คือ การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 พยาบาลระดับ 6-8 อันดับต่ำสุด 3 ด้านเท่ากัน คือ การประสานงาน การตัดสินใจ ภาวะผู้นำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลลัพธ์ การปฏิบัติความสามารถสมรรถนะหลักของพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระดับของพยาบาล

รายการประเมิน	ระดับ 3		ระดับ 4-5		ระดับ 6-8		โดยรวม	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
การประสานงาน	3.52	0.59	3.86	0.54	4.08	0.69	3.79	0.63
การตัดสินใจ	3.11	0.71	3.74	0.62	4.08	0.69	3.60	0.77
ภาวะผู้นำ	3.30	0.61	3.79	0.59	4.08	0.69	3.69	0.70
การแก้ไขปัญหา	3.13	0.67	3.74	0.64	4.10	0.70	3.61	0.76
การทำงานเป็นทีม	3.51	0.60	3.93	0.61	4.19	0.69	3.85	0.68
ทักษะปฏิบัติ	3.47	0.67	4.03	0.63	4.25	0.62	3.89	0.72
โดยรวม	<b>3.37</b>	<b>0.58</b>	<b>3.87</b>	<b>0.57</b>	<b>4.15</b>	<b>0.64</b>	<b>3.76</b>	<b>0.67</b>

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกระบวนการ การปฏิบัติเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับสูงกับความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉินรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนี้ การประสานงาน การตัดสินใจ ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหา การทำงานเป็นทีม และทักษะปฏิบัติ ( $r = .473, .592, .566, .602, .485, .527$  ตามลำดับ) และความสัมพันธ์รายด้านคู่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุดได้แก่ การแก้ไขปัญหา กับภาวะผู้นำ ( $r=.923$ ) (ตารางที่ 3)

ลักษณะความสัมพันธ์ของระดับพยาบาลของแผนกการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับต่ำกว่าด้านความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉินรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนี้ การประสานงาน การตัดสินใจ ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหา การทำงานเป็นทีม และทักษะปฏิบัติ ( $r = .473, .592, .566, .602, .485, .527$  ตามลำดับ) และความสัมพันธ์รายด้านคู่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุดได้แก่ การแก้ไขปัญหา กับภาวะผู้นำ ( $r=.923$ ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกระบวนการ การปฏิบัติเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลโดยรวม

	1	2	3	4	5	6	7	8
	การ ประสานงาน	การ ตัดสินใจ	ภาวะ ผู้นำ	การแก้ไข <sup>*</sup> ปัญหา	ทำงาน เป็นทีม	ทักษะ ปฏิบัติ	สมรรถนะ โดยรวม	ระดับ พยาบาล
1. การประสานงาน	1							
2. การตัดสินใจ	.863**	1						
3. ภาวะผู้นำ	.865**	.899**	1					
4. การแก้ไขปัญหา	.812**	.902**	.923**	1				
5. ทำงานเป็นทีม	.840**	.808**	.880**	.863**	1			
6. ทักษะปฏิบัติ	.760**	.829**	.867**	.877**	.865**	1		
7. สมรรถนะโดยรวม	.893**	.928**	.965**	.955**	.933**	.945**	1	
8. ระดับพยาบาล	.473**	.592**	.566**	.602**	.485**	.527**	.575**	1

\*\* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



**6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ การปฏิบัติเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลโดยรวม พนบฯ มีความสัมพันธ์กับเชิงบวกระดับสูงกับความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ การประสานงาน การตัดสินใจ ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหา การทำงานเป็นทีม ทักษะปฏิบัติ ( $r = .899, .928, .959, .954, .936, .948$  ตามลำดับ) ลักษณะความสัมพันธ์ของระดับของพยาบาลแผนกการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน มี**

ความสัมพันธ์กับเชิงบวกระดับต่ำกับความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนี้ การประสานงาน การตัดสินใจ ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหา การทำงานเป็นทีม ทักษะปฏิบัติ ( $r = .413, .544, .499, .544, .436, .468$  ตามลำดับ) และความสัมพันธ์รายด้านคู่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุด ได้แก่ การแก้ไขปัญหา กับ ภาวะผู้นำ ( $r$  เท่ากับ .919) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลลัพธ์การปฏิบัติเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลโดยรวม

	1	2	3	4	5	6	7	8
	การประสานงาน	การตัดสินใจ	ภาวะผู้นำ	การแก้ไขปัญหา	การทำงาน	ทักษะ	สมรรถนะ	ระดับ
	ประสานงาน	ตัดสินใจ	ผู้นำ	ปัญหา	ทีม	ปฏิบัติ	โดยรวม	พยาบาล
1. การประสานงาน	1							
2. การตัดสินใจ	.871**	1						
3. ภาวะผู้นำ	.861**	.896**	1					
4. การแก้ไขปัญหา	.818**	.896**	.919**	1				
5. การทำงานเป็นทีม	.839**	.799**	.871**	.877**	1			
6. ทักษะปฏิบัติ	.778**	.838**	.860**	.876**	.881**	1		
7. สมรรถนะโดยรวม	.899**	.928**	.959**	.954**	.936**	.948**	1	
8. ระดับพยาบาล	.413**	.544**	.499**	.544**	.436**	.468**	.512**	1

\*\* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### การอภิปรายผล

สมมุติฐานที่ 1 ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยรวม และรายด้าน อยู่ในระดับค่อนข้างสูง จะเห็นได้ว่า ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉินด้านกระบวนการอยู่ในระดับค่อนข้างสูง<sup>8</sup> เนื่องจากพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีระบบการพัฒนา สมรรถนะของพยาบาลโดยผู้บริหารสนับสนุน และ ส่งเสริมในการพัฒนาตนเองของพยาบาลในแผนกฯ การปฐมนิเทศ ทุกคนสำหรับบุคลากรใหม่ การจัดวิชาการ ควบคู่ไปกับการปฏิบัติงาน (on the job training) และเปลี่ยนเรียนรู้ขั้นตอน-ส่วน เวลา การหมุนเวียนปฏิบัติงาน ภายในแผนกฯ เพื่อให้พยาบาลได้รับประสบการณ์การทำงาน การส่งเสริมการเข้าอบรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง

อย่างต่อเนื่อง การประชุมวิชาการทั้งภายในและนอกหน่วยงานในอัตราคนละ 8000 บาทต่อปี จัดให้มีการวิเคราะห์ต้นเงินแฟ้มสะสมงาน (Portfolio) อีกทั้ง ในองค์กรยังกำหนดให้มีระบบการติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานและมุ่งผลลัพธ์ในบรรยายการพัฒนาและรับรองคุณภาพกระบวนการในโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และในการปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น พยาบาลเป็นบุคคลแรกในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยและให้การพยาบาลเบื้องต้น ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องลงมือกระทำการดูแล ด้วยตนเองจึงส่งเสริมการพัฒนาทักษะปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา การมองหมายงานจะเน้นการทำงานเป็นทีม และหมุนเวียนการแสดงบทบาทหัวหน้าทีม มีโอกาสแสดงภาวะผู้นำในการควบคุมดูแลบุคลากรระดับล่างในทีม



พยาบาล แต่จะพบว่า การประเมินการตัดสินใจของพยาบาลจะอยู่ในอันดับต่อไปที่สุด ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า การตัดสินใจเป็นการประเมินความสามารถเฉพาะคนซึ่งต้องผ่านการสะสูปประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบต่างๆ ซึ่งถ้าการตัดสินใจของพยาบาลผิดพลาดทำให้เกิดความเสี่ยง ดังนั้นพยาบาลระดับที่สูงต้องทำบทบาทผู้นี้เท诗 พยาบาลรุ่นหนึ่งต้องปรึกษาพยาบาลรุ่นพี่ ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับ 3 ร้อยละ 33.87 จึงทำให้คะแนนการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำกว่า จะเห็นว่าถ้าเปรียบเทียบระดับของพยาบาลพยาบาลระดับที่สูงจะมีค่าคะแนนการตัดสินใจอยู่ในระดับสูงกว่า

นอกจากนี้การประเมินเชิงกระบวนการจะสูงกว่าผลลัพธ์ ทั้งนี้เนื่องจากการสรุปด้านกระบวนการมีความง่ายเมื่อได้ลงมือปฏิบัติพยาบาลได้มีโอกาสแสดงออกความสามารถให้คนแวดล้อมได้รับรู้ทันที ซึ่งแตกต่างจากการประเมินเชิงผลลัพธ์นั้นจะต้องประเมินจากผู้รับผลงานซึ่งอาจเป็นผู้ร่วมงานและโดยเฉพาะที่ดีที่สุดถ้าเป็นผู้ใช้บริการเป็นผู้ประเมิน การแปลผลจึงจะใกล้เคียงกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง<sup>10,11,12</sup>

**สมมุติฐานที่ 2** ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลรายด้านทุกด้าน อภิปรายผลดังนี้ ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินรายด้านทุกด้านนั้น เนื่องจากพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินจะส่งเสริมประสบการณ์แบบองค์รวม ซึ่งสามารถดึงคีย์ภาพแต่ละด้านมาปฏิบัติตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงที่ต้องเผชิญอยู่เสมอในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะความสัมพันธ์ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหา ทักษะปฏิบัติ การทำงานเป็นทีม การประสานงานที่สัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ซึ่งการนำความสัมพันธ์ดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ได้โดยสมรรถนะด้านใดด้านหนึ่งจะส่งเสริมความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นได้<sup>9,13,14,15</sup> และหากพิจารณาความสัมพันธ์ภายในระหว่างรายด้านในแต่ละข้อนั้น จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกันในระดับสูงเช่น

เดียวกัน ซึ่งความสามารถด้านเป็นปัจจัยเอื้อให้ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มมากขึ้นด้วย และลักษณะความสัมพันธ์รายด้านคู่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุด ทั้งด้านกระบวนการและการผลลัพธ์ ได้แก่ การแก้ปัญหาทันภาวะผู้นำ ( $r = .923$ ) ซึ่งให้เห็นว่าการแก้ปัญหาได้ดีจะเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดภาวะผู้นำ และเพิ่มความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมได้อีกด้วย

**สมมุติฐานที่ 3** ระดับของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินรายด้าน อภิปรายผลดังนี้ ระดับของพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์แบ่งเป็นระดับซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลได้รับการประเมินเลื่อนระดับให้สูงขึ้น มีการกำหนดเกณฑ์ความสามารถทั้งด้านปฏิบัติการพยาบาลและผลงานวิชาการ ซึ่งพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานในระดับที่แตกต่างกัน จะมีความสามารถในการทำงานแตกต่างกัน<sup>16,17,18,19,20</sup> ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลที่มีประสบการณ์หรือระยะเวลาทำงานมาก จะทำให้มีโอกาสเรียนรู้ทำความเข้าใจ มองปัญหาต่างๆ ได้ชัดเจนและถูกต้องมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยพัฒนาความคิดให้มีจินตนาการ สามารถเลือกทางเลือกได้ดีกว่า มีความเชื่อมั่น มีเหตุผลรอบคอบ เข้าใจสภาพ แวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จ ส่งผลให้สมรรถนะเพิ่มมากขึ้น<sup>21,22,23</sup> และนอกจากนี้นโยบายขององค์กรพยาบาลยังกำหนดให้พยาบาลต้องพัฒนาตนเองให้มีความก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ แต่จากการที่ความสามารถสัมพันธ์อยู่ระดับต่ำนั้นอาจเนื่องมาจากสมรรถนะ ของพยาบาลที่ผ่านมาอย่างไม่ได้ถูกกำหนดไว้ก่อน<sup>24,25</sup> จึงทำให้พยาบาลไม่สามารถกำหนดเป็นเป้าหมายหรือทิศในการพัฒนาเองอย่างครอบคลุมหรืออีกนัยหนึ่งคือการพัฒนาอย่างไม่สอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้นเอง

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินให้อยู่ในระดับสูงโดยเน้นทั้งด้านกระบวนการและการผลลัพธ์ในด้านที่มีค่า



เฉลี่ยคะแนน 3 อันดับต่ำสุดเป็นเบื้องต้น ได้แก่ ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ

2. ควรกำหนดแนวทางการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดย 1) กำหนดหัวข้ออบรมที่จำเป็นตามระดับของพยาบาล เช่น การปฏิบัติการภารกิจชีพ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล การพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน ความสามารถของพยาบาลแต่ละระดับ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ Basic level, Doing Developing level, Advanced level และ Expert level และ 3) กำหนดระบบการประเมินรายบุคคลสำหรับพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อเนื่องและอย่างมีระบบ

3. ควรมีการวิจัยเชิงประมุนตรรูปแบบการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉินรายบุคคล โดยพัฒนาการเริ่มมุ่งด้วย และคงไว้ซึ่งจุดเด่น ซึ่งจะเป็นการเสริมแรงบวกให้บุคลากร โดยศึกษาปัจจัยเชิงบวกที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินด้านดังกล่าว

### เอกสารอ้างอิง

1. Eldar Soreide, Christopher MG. Prehospital Trauma Care. New York: Marcel Dekker, Inc; 2001.
2. Janet AN, Pamela SK. Trauma Nursing The Art and Science. St. Louis: Mosby; 1993.
3. Lorene Newberry. Sheehy's Emergency Nursing Principles and Practice. 5<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Mosby; 2003.
4. Renee' Semionin Holleran. Emergency Nursing, The Nursing Clinics of North America 2002; 37: 1 March .
5. Susan Budassi et al. Manual of Clinical Trauma Care. 3<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Mosby; 1993.
6. กองการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2544.
7. เกริกเกียรติ ศรีเสริมโภค. การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นาโกต้า; 2546.
8. ณรงค์วิทย์ แสนทอง. มาตรฐาน Competency กันเคอะ. กรุงเทพฯ: บริษัท เอช อาร์ เช็นเตอร์ จำกัด; 2547.
9. ณรงค์วิทย์ แสงทอง. เทคนิคการจัดทำ Job Description บนพื้นฐานของ Competency และ KPI. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เช็นเตอร์; 2546.
10. ณัฐรุพันธ์ เจริญนันทร์ และคณะ. การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธรรมกมลการพิมพ์; 2548.
11. เดือนใจ พิทยาวดนชัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
12. นฤมล กิจจานันท์. ตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลของรัฐ (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
13. นัยนา นักรบไทย. ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าห้องผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
14. นารี แซ่อึng. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
15. ประลิท ทองอุ่น และคณะ. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน. กรุงเทพฯ: บริษัท เอิร์ดเวฟ เอ็็ดดูเคชั่น จำกัด; 2542.
16. ปิยันนท์ แสนสุข. สมรรถนะที่พึงประสงค์ด้านการประชาสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
17. พงษ์พันธ์ พงษ์โสภาค. พฤติกรรมกลุ่ม (Group behavior). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา; 2542.
18. พนารัตน์ วิศวแพทย์นิมิต. สมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตทางพยาบาลศาสตร์ในพ.ศ. 2544 – 2549. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.



19. วันทนna อินกาญจน์. การศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำที่พึงประสงค์ของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
20. วิชัย โถสุวรรณจินดา. หัวหน้างานพันธ์แท้. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.; 2548.
21. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: ดีไซร์ จำกัด; 2543.
22. อรทัย ปีงวงศานุรักษ์. ตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ โรงพยาบาลของรัฐ (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
23. ทัยชนก บัวเจริญ, อีระพงษ์ กรฤทธิ์, จุฬารัตน์ผู้พิทักษ์กุล. การสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเอกสาร: กรณีศึกษาศูนย์หัวเฉียวพิทักษ์ชีพ-ป้อเต็กตึ้ง โรงพยาบาลหัวเฉียว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(1): 29-39.
24. ทัยชนก บัวเจริญ. การพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระบบบริการพยาบาลของสังคมไทย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 17-23.
25. พนอ เตชะอອิก, จินตนา บุญจันทร์, นุชจิริ วุฒิสุพงษ์, ออมรัตน์ พงศ์จรรยากุล, เทพพร มังธานี, วิลาวัณย์ ประแดงปุย, ชนิษฐา หาญณรงค์. สิทธิผู้ป่วย: การปฏิบัติของผู้ให้และผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 34-43.



## พฤติกรรมด้านจริยธรรม และพฤติกรรมการให้บริการของ ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ผื่น อาจารโ

ดารณี จันทุไชย พย.ม.\* นิติดา สมอหอม พย.ม.\*

### **บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมด้านจริยธรรม และระดับพฤติกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล จากการประเมินตนเองและหัวหน้างาน และศึกษาระดับพฤติกรรมบริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล จากการประเมินโดยผู้รับบริการ

ผลการวิจัย พบว่า ระดับพฤติกรรมด้านจริยธรรม และระดับพฤติกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจากการประเมินตนเองและการประเมินจากหัวหน้าหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านจริยธรรม และพฤติกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลระหว่างการประเมินตนเองของพยาบาลสูงกว่าการประเมินจากหัวหน้าหน่วยงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) พฤติกรรมบริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล หน่วยงานผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน จากการประเมินของผู้รับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยนี้สามารถนำไปสู่การจัดการความรู้ การให้คำปรึกษา แนะนำ เพื่อส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมและพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านบุคคลในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ผื่น อาจารโ ให้เป็นต้นแบบด้านคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมด้านจริยธรรม พฤติกรรมการให้บริการ ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

### **Moral and Service Behaviors of Professional Nurses at Pra arjarnphun Ajaro Hospital**

Darunee Janruechai M.N.S.\* Nithida Samorhorm M.N.S.\*

### **Abstract**

This descriptive research aimed to :1) examine the moral and service behaviors of the professional nurses using self-evaluation and head nurses' evaluation and 2) investigate the service behaviors of the professional nurses evaluated by the clients. The samples were divided into two groups: 1) the professional nurses included 11 head nurses and 51 staff nurses; and 2) 50 IPD and 430 OPD clients. The data were collected with the Nursing Council Ethics Committee Evaluation Form and conducted during March-April 2009. The Cronbach Alpha Reliability coefficients of the evaluation form was tested and gained  $\alpha = 0.98, 0.97$  and  $0.94$  for the moral and service behavior parts, and the service behaviors of the professional nurses evaluated by the clients, respectively. Quantitative data analysis was performed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.



The study results revealed that overall scores of the moral behaviors and service behaviors of professional nurses using self-evaluation and head nurses' evaluation were in good level. Also, the average scores of moral behaviors and service behaviors of professional nurses by using self-evaluation were significant higher than those of the head nurses ( $p < 0.05$ ). The overall scores of the professional nursing service behaviors evaluated by the IPD and OPD clients were in good level as well. These findings mean to knowledge management, counseling, advising to promote integrity ethics and developing of the individual management systems for the professional nurses at the Phra-arjarn Phan Ajaro hospital.

**Keywords:** moral behavior, service behavior, professional nurse

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาล นอกจากจะต้องปฏิบัติตามโดยใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะในการดูแลผู้รับบริการ เพื่อสนับสนุนความต้องการของผู้รับบริการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ บุคลากรทางการพยาบาลจะต้องดำรงตนภายใต้สิทธิของผู้ประกันภัยวิชาชีพตามกฎหมาย มีบทบาทหน้าที่ตามขอบเขต รวมทั้งยังต้องดำรงตนอยู่ภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพควบคู่ไปด้วย โดยการยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นเกณฑ์ในการประพฤติและปฏิบัติหนึ่งทั้งตัวนี้ส่วนตัว และในการประกันภัยวิชาชีพ<sup>1</sup> นอกจากนั้นบุคคลทั่วไปในสังคมยังมีความคาดหวังสูงต่อคุณภาพของพุทธิกรรม จริยธรรมของพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อความมีมนุษยสัมพันธ์และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ความมีเมตตา กรุณา ความสนใจ เอาใจใส่ เป็นต้น คุณภาพของจริยธรรม ตั้งกล่าวเป็นปัจจัยดั้งเดิมของวิชาชีพการพยาบาลซึ่งผู้ประกันภัยวิชาชีพการพยาบาลจำเป็นต้องยึดถือไว้เป็นแนวทางในการดำรงตน

จริยธรรมเป็นหลักของการประพฤติที่ดีงามของบุคคลทั้งกาย วาจาและใจ โดยมีพื้นฐานมาจากประเพณี กฎหมาย ศีลธรรม ค่านิยม วัฒนธรรม รวมถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ<sup>2,3</sup> บุคคลที่มีจริยธรรมย่อมปฏิบัติตามหลักที่ดีงามของสังคมและเมื่อยื่นให้วิชาชีพได้ย่อมปฏิบัติตามหลักที่ดีงามของวิชาชีพนั้น วิชาชีพพยาบาลมีหลักจริยธรรมของวิชาชีพและนำมายใช้เป็นจรรยาบรรณพยาบาลซึ่งเป็นมาตรฐานความประพฤติที่ถูกต้อง การปฏิบัติตามจรรยาบรรณพยาบาล จึงเป็นการแสดงถึงพุทธิกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ช่วยควบคุมให้พยาบาลทำงานอย่างมีคุณภาพ เกิดความปลอดภัย

สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ตลอดจนสร้างความเชื่อมั่นของสังคมต่อวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังในเรื่องจริยธรรมมาก เนื่องจากต้องปฏิบัติหน้าที่ต่อมนุษย์ ซึ่งมีธรรมชาติของบุคคลที่แตกต่างกันเพื่อให้การดูแล การช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรคโดยอาทัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อรับร่วมปัญหาและแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้ประกันภัยวิชาชีพการพยาบาลจำเป็นต้องมีพื้นฐานความเข้าใจในลักษณะของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ รวมทั้งวัฒนธรรมของบุคคล ชุมชน สังคม มีความเป็นอิสระ ควบคุมการปฏิบัติและรับผิดชอบต่อตนเอง รวมทั้งมีจริยธรรมวิชาชีพเป็นแนวทางในการผู้มีคุณธรรมและจริยธรรมวิชาชีพ ตามความคาดหวังของสังคม หลักจริยธรรมที่กำหนดขึ้นจึงยังเป็นกฎหมายที่หรือระเบียบปฏิบัติที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการชี้แนะบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการทางสุขภาพได้<sup>4</sup> ด้วยเหตุนี้สภากาชาดไทยโดยคณะกรรมการจริยธรรมจึงจัดทำแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพขึ้น เพื่อควบคุม เฝ้าระวัง และเพิ่มศักยภาพด้านจริยธรรม โดยการนำกลยุทธ์ที่เหมาะสมมาใช้

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์พื่นอาจารโ ได้มีการพัฒนาพุทธิกรรมด้านจริยธรรมและพุทธิกรรมการให้บริการของบุคลากรทางการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง โดยกระตุ้นจิตสำนึกให้การช่วยเหลือสนับสนุนและเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาพุทธิกรรมด้าน



จริยธรรม ขณะเดียวกันก็พบปัญหาข้อร้องเรียนด้าน พฤติกรรมบริการเกี่ยวกับคริยาร่างกาย และการสื่อสาร ในปีงบประมาณ 2550 มีข้อร้องเรียนจำนวน 10 เรื่อง ประเด็นที่ได้รับการร้องเรียนมากได้แก่ การให้ข้อมูล และ พฤติกรรมบริการ<sup>๕</sup> ข้อมูลเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นแนวโน้ม การเพิ่มขึ้นของปัญหาทางด้านจริยธรรม เนื่องมาจาก ความคาดหวังของผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น หรืออาจ เกิดจากการขาดคุณภาพบริการพยาบาล หรือบุคลากร บางคนไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมและจรรยา บรรณวิชาชีพ คณะผู้จัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรม ด้านจริยธรรม และพฤติกรรมการให้บริการของ ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล โรงพยาบาลอาจารย์ผู้ อาจาริ ใจ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมด้าน จริยธรรม และพฤติกรรมการให้บริการของผู้ประกอบ วิชาชีพพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมด้านจริยธรรม และ การให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจากการ ประเมินตนเองและหัวหน้างาน

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมบริการของ ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจากการประเมินโดยผู้รับบริการ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ ประกอบวิชาชีพการพยาบาลทุกคน ที่ปฏิบัติงานช่วง เดือนมีนาคม-เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 จำนวนทั้งสิ้น 62 คน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน จำนวน 11 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจำนวน 51 คน และ ผู้รับบริการช่วงเดือนมีนาคม-เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 50 คน และแผนก ผู้ป่วยนอกจำนวน 430 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการโดยใช้วิธีคิดร้อยละ 5 ของผู้รับบริการใน 1 เดือน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบบไม่เฉพาะเจาะจง

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินของคณะกรรมการ จริยธรรม สภากาชาดไทย ประกอบด้วย ชุดที่ 1 พฤติกรรมด้านจริยธรรม ชุดที่ 2 พฤติกรรมของ พยาบาลในการให้บริการพยาบาล ชุดที่ 3 พฤติกรรม ของพยาบาลโดยผู้รับบริการ ซึ่งผลจากการวัดระดับจะ เป็นข้อมูลสำคัญ ในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ ของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลด้านจริยธรรมและ พฤติกรรมการให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้เคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล สำรวจใหม่อยู่ 30-40 ปี ร้อยละ 58.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.4 ปัจจุบันปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยในมาก ที่สุดร้อยละ 45.2 และมีประสบการณ์การปฏิบัติงาน มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 43.5

2. ระดับพฤติกรรมด้านจริยธรรม ของผู้ประกอบ วิชาชีพพยาบาล จากการประเมินตนเองโดยรวมอยู่ใน ระดับดี ( $\bar{x} = 4.40$ ) และจากการประเมินของหัวหน้า โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 4.16$ ) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม ด้านจริยธรรมทั่วไป และด้านจริยธรรมวิชาชีพจากการ ประเมินตนเองของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลสูงกว่าค่า เฉลี่ยจากการประเมินของหัวหน้างานอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

3. ระดับพฤติกรรมการให้บริการของผู้ประกอบ วิชาชีพพยาบาล จากการประเมินตนเองโดยหัวหน้า งาน โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 4.42$ ,  $\bar{x} = 4.19$ ) ค่า เฉลี่ยของพฤติกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพ พยาบาล จากการประเมินตนเองของผู้ประกอบวิชาชีพ พยาบาลสูงกว่าค่าเฉลี่ยจากการประเมินของหัวหน้างาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ระดับพุทธิกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเป็นรายด้าน

พุทธิกรรมการให้บริการ	การประเมิน		ระดับ พุทธิกรรม	การประเมิน		ระดับ พุทธิกรรม
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
1. บุคลิกภาพดี	4.07	.64	ดี	4.34	.55	ดี
2. ประพฤติดีอยู่ในศีลธรรม	4.34	.50	ดี	4.52	.46	ค่อนข้างมาก
3. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี	3.99	.47	ดี	4.38	.50	ดี
4. แสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป	4.18	.53	ดี	4.44	.53	ดี
5. ให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ	4.05	.63	ดี	4.34	.55	ดี
6. รักษาสิทธิของผู้รับบริการ	4.30	.49	ดี	4.52	.46	ค่อนข้างมาก
7. ด้านมีความรับผิดชอบต่อตนของผู้รับบริการและสังคม	4.25	.62	ดี	4.38	.50	ดี
8. ด้านให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง หลักการ วิธีการ ตรงกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ	4.32	.47	ดี	4.44	.53	ดี
9. ทักษะพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ	4.34	.48	ดี	4.42	.59	ดี
10. ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ	4.08	.52	ดี	4.47	.50	ดี
เฉลี่ยโดยรวมทุกด้าน	4.19	.43	ดี	4.42	.46	ดี

P &lt; 0.05

4. ระดับพุทธิกรรมด้านจริยธรรมและการให้บริการงานหอผู้ป่วยในจากการประเมินโดยผู้รับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.71$ ) และพุทธิกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านจริยธรรม ( $\bar{x} = 3.74$ ) และด้านพุทธิกรรมบริการ ( $\bar{x} = 3.68$ ) เมื่อพิจารณา พบว่า พุทธิกรรมด้านจริยธรรม เรื่องที่อยู่ในระดับดี ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รักษาความลับของผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือรับฟัง และช่วยคลายปัญหาและให้คำปรึกษา ด้านพุทธิกรรมบริการ เรื่องที่อยู่ในระดับดี ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย และส่วนเรื่องที่อยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความรวดเร็ว และประลิทิภิภาพในการบริการ (ตารางที่ 2)

5. ระดับพุทธิกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล งานผู้ป่วยนอกจากการประเมินโดยผู้รับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.82$ ) และพุทธิกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านจริยธรรม ( $\bar{x} = 3.86$ ) และด้านพุทธิกรรมบริการ ( $\bar{x} = 3.78$ ) เมื่อพิจารณา พบว่า พุทธิกรรมด้านจริยธรรม เรื่องที่อยู่ในระดับดีที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รักษาความลับของผู้รับบริการ และเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการให้ความเสมอภาค ด้านพุทธิกรรม บริการ เรื่องที่อยู่ในระดับดี ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย ส่วนเรื่องที่อยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ ความรวดเร็วและประลิทิภิภาพในการบริการ (ตารางที่ 3)



**ตารางที่ 2 ระดับพุทธิกรรมด้านจริยธรรมและการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลงานผู้ป่วยใน ( $n = 50$  คน)**

พุทธิกรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านจริยธรรม</b>			
1. การให้ความเสมอภาค	3.64	.75	ดี
2. การให้เที่ยริ	3.70	.84	ดี
3. ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ	3.76	.85	ดี
4. ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์	3.82	.75	ดี
5. รับฟังและช่วยคลายปัญหา และให้คำปรึกษา	3.60	.64	ดี
6. รักษาสิทธิของผู้รับบริการ	3.72	.78	ดี
7. รักษาความลับของผู้รับบริการ	3.96	.70	ดี
8. อธิบายให้เข้าใจทั้งก่อนและหลัง การให้บริการ	3.68	.79	ดี
รวมเฉลี่ย	3.74	.55	ดี
<b>ด้านพุทธิกรรมบริการ</b>			
1. อัธยาศัย	3.84	.65	ดี
2. ความสุภาพและความอ่อนโยน	3.74	.80	ดี
3. มีมนุษยสัมพันธ์	3.74	.78	ดี
4. ความกระตือรือร้น	3.42	.81	ปานกลาง
5. การควบคุมอารมณ์	3.60	.78	ดี
6. ปลอบโยนให้กำลังใจ	3.80	.76	ดี
7. ความรวดเร็วและประสิทธิภาพ ในการบริการ	3.34	.87	ปานกลาง
8. ความมั่นคงในการให้บริการ	3.70	.81	ดี
9. มีน้ำใจ(สนใจ เต็มใจ เอาใจใส่)	3.56	.73	ดี
10. ช่วยเหลือให้บรรเทาความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย	3.70	.84	ดี
11. ความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย	4.00	.81	ดี
12. พุทธิกรรมโดยทั่วไปนาเชื่อถือ และน่าศรัทธา	3.74	.69	ดี
รวมเฉลี่ย	3.68	.52	ดี
รวมเฉลี่ยทั้งหมด	3.71	.51	ดี

**ตารางที่ 3 ระดับพุทธิกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลด้านจริยธรรมและด้านพุทธิกรรมบริการงานผู้ป่วยนอก ( $n = 430$  คน)**

พุทธิกรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านจริยธรรม</b>			
1. การให้ความเสมอภาค	3.72	.77	ดี
2. การให้เที่ยริ	3.77	.84	ดี
3. ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ	3.82	.82	ดี
4. ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์	3.97	.84	ดี
5. รับฟังและช่วยคลายปัญหา และให้คำปรึกษา	3.82	.76	ดี
6. รักษาสิทธิของผู้รับบริการ	3.89	.78	ดี
7. รักษาความลับของผู้รับบริการ	3.97	.74	ดี
8. อธิบายให้เข้าใจทั้งก่อนและหลัง การให้บริการ	3.89	.84	ดี
รวมเฉลี่ย	3.86	.61	ดี
<b>ด้านพุทธิกรรมบริการ</b>			
1. อัธยาศัย	3.88	.74	ดี
2. ความสุภาพและความอ่อนโยน	3.80	.77	ดี
3. มีมนุษยสัมพันธ์	3.80	.79	ดี
4. ความกระตือรือร้น	3.60	.91	ดี
5. การควบคุมอารมณ์	3.72	.82	ดี
6. ปลอบโยนให้กำลังใจ	3.79	.79	ดี
7. ความรวดเร็วและประสิทธิภาพ ในการบริการ	3.45	1.00	ปานกลาง
8. ความมั่นคงในการให้บริการ	3.71	.83	ดี
9. มีน้ำใจ(สนใจ เต็มใจ เอาใจใส่)	3.79	.88	ดี
10. ช่วยเหลือให้บรรเทาความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย	3.80	.90	ดี
11. ความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย	4.15	.76	ดี
12. พุทธิกรรมโดยทั่วไปนาเชื่อถือ และน่าศรัทธา	3.85	.78	ดี
รวมเฉลี่ย	3.78	.60	ดี
รวมเฉลี่ยทั้งหมด	3.82	.58	ดี



## การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับพุทธิกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ประเมินโดยผู้ประกอบวิชาชีพเอง พบว่า พุทธิกรรมด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพอุปถัมภ์ในระดับดี เนื่องจากผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล จึงได้รับการปลูกฝังและสร้างจิตสำนึกร่วมในด้านคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยการปฏิบัติตามกฎหมาย พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล เนื่องไป ข้อจำกัด ยึดหลักคุณธรรม และรักษาเจตนาจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการปฏิบัติตน ทั้งด้านชีวิตส่วนตัว และในการประกอบวิชาชีพ โดยแสดงพุทธิกรรมการให้บริการพยาบาลตามขอบเขตมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ ประกอบกับยุทธศาสตร์ของประเทศ มุ่งเน้นที่คุณธรรมจริยธรรมและธรรมาภิบาลทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพ รับรู้คุณค่าของตนเองและงานที่ปฏิบัติ ซึ่งสิ่วิ ศรีริล<sup>2</sup> ได้กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพต้องตระหนักรู้ที่รับผิดชอบที่พึงกระทำและกระทำด้วยความมีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพเสมอ ดังนี้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจึงประเมินตนเองว่ามีพุทธิกรรมด้านจริยธรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอรทัย หนูกลับ และคณะ<sup>4</sup> พบว่า พุทธิกรรมจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล โรงพยาบาลชีริราษฎร์ ภูเก็ต จากการประเมินตนเองและการประเมินจากหัวหน้าหน่วยงานอยู่ในระดับดีทั้งรายด้านและโดยรวม

ระดับพุทธิกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดีทั้งรายด้านและโดยรวม พุทธิกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่หัวหน้าประเมินพยาบาลสูงสุด คือ ด้านประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม และด้านการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ผัน อาจาร ได้นำการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) และการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (Quality Assurance: QA) มาเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานทางการพยาบาล จึงเป็นโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดระยะเวลาสำหรับการพัฒนาบุคลากรเป็นราย

บุคคลไม่น้อยกว่า 10 วัน/คน/ปี และถือเป็นเวลาปฏิบัติราชการ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาข้าราชการพลเรือน<sup>5</sup> ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพทุกคนจึงได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยเข้าร่วมประชุมวิชาการ อบรมทั้งในและนอกสถานที่ทุกปี และมีโอกาสให้ล่าศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาว<sup>6</sup> ทั้งนี้สอดคล้องกับนโยบายของสภากาชาดไทยที่กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลทุกคนรักษาสภาพของผู้ประกอบวิชาชีพโดยการเพิ่มพูนความรู้ให้ได้อย่างน้อย 50 หน่วยกิตภายใน 5 ปี จึงทำให้ผลการประเมินผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลของหัวหน้าสูงสุด ส่วนด้านประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายให้บุคลากรทางการพยาบาลยึดหลักธรรม 4x4 (อริยะสัจจ 4 สังคಹัตต 4 อธิบิทา 4 และพรหมวิหาร 4) และยึดมั่นในคำสอนของหลวงปู่ผู้อุปัชฌาย์ อาจาร ในการปฏิบัติตาม<sup>7</sup> จึงทำให้ผลการประเมินผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลของหัวหน้าสูงสุดซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอรทัย หนูกลับ และคณะ<sup>4</sup> พบว่า ผลการประเมินพุทธิกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลสูงสุด คือ ด้านประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม

พุทธิกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่หัวหน้าประเมินต่ำสุด คือ ด้านมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลควรจะนำมาพิจารณาจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้เหมาะสม เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย การทำงานร่วมกันในองค์กรให้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ด้วยดีนั้น ทุกคนในองค์กรต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จึงจะช่วยให้การทำงานสำเร็จได้ และจะช่วยให้บรรยายกาศการทำงานเต็มไปด้วยความสุข มนุษยสัมพันธ์เป็นเสมือนมตชั้งช่วยลดความเกลียดชัง และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำงาน และการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม เพราะช่วยให้มนุษย์เรียนรู้ที่จะยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นและปรับตัวปรับใจให้ร่วมสังคมและร่วมกิจกรรมกันอย่างสันติสุข<sup>8</sup>

2. ระดับพุทธิกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ประเมินโดยผู้รับบริการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งด้านจริยธรรม และด้านพุทธิกรรมบริการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จากการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน<sup>10</sup> กลุ่มงานการพยาบาล จึง



ได้มีการกำหนดนโยบายพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อสร้างความพึงพอใจ ประทับใจแก่ผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นคุณภาพและพฤติกรรมบริการ ที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พฤติกรรมด้านจริยธรรมเรื่องที่อยู่ในระดับดี คือ รักษาความลับของผู้รับบริการ ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิส่วนบุคคล การจะนำความลับส่วนบุคคลไปเปิดเผยต่อบุคคลอื่นเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรกระทำ เพราะการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยในที่สาธารณะจะทำให้เกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม การกระทำเช่นนี้เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยและเป็นการไม่เคารพต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย<sup>11</sup> ประกอบกับกลุ่มการพยาบาลได้กำหนดนโยบายและแนวทางการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการไว้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน<sup>9</sup> ทั้งนี้เพื่อการให้บริการสอดคล้องกับสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ที่ระบุผู้ป่วย มีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน

เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมบริการในห้องผู้ป่วย ในเรื่องที่อยู่ในระดับดี คือ ความสะอาด เรียบร้อยในการแต่งกายและเรื่องที่อยู่ ระดับปานกลาง ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการบริการ ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่า การบริหารจัดการในองค์กรเน้นการจัดการให้บริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม เน้นการให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพสูงสุด และผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (Hospital Accreditation: HA) และผ่านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (Quality assurance: QA) จึงต้องพัฒนากระบวนการให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาระงานของพยาบาลมีมาก นอกจากนั้นยังมีการปฏิบัติงานที่เกินขอบเขตหน้าที่ของวิชาชีพและกฎหมายกำหนด รวมทั้งความกดดันจากความคาดหวังของสังคมและผู้รับบริการที่ต้องการการบริการที่รวดเร็วและมีคุณภาพ จึงก่อให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า ขาดแรง

จุ่งใจในการทำงาน ความตั้งใจในการปฏิบัติงานลดลง<sup>12,13</sup> การขาดขวัญและกำลังใจก็ทำให้บุคลากรละเลยไม่เอาใส่ผู้ป่วย เนื่องจาก ไม่ยินดียินร้าย ขาดความสามัคคีและความพ่อใจในการทำงาน จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลได้ และส่งผลให้ผู้รับบริการประเมินพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล หอผู้ป่วยใน เรื่องความกระตือรือร้น ความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการบริการอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมบุคลากรห่วงงานผู้ป่วยนอกเรื่องที่อยู่ในระดับดี คือ ความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย ส่วนเรื่องที่อยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ ความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการบริการ ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่า จำนวนผู้มาใช้บริการในห้องงานผู้ป่วยนัก แต่ละวันมีจำนวนมาก และการให้บริการจะเน้นคุณภาพการบริการ ประทับใจ ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพสูงสุด จึงมีระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการน้อย รวมทั้งการที่สังคมคาดหวังวิชาชีพพยาบาลให้ค่อนข้างสูงว่า พยาบาล จะต้องมีคุณธรรม มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา ยิ้มแย้มแจ่มใส่ให้บริการอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ<sup>12,14,15</sup> จึงทำให้การบริการไม่เป็นไปตามที่ผู้รับบริการต้องการประกอบกับโรงพยาบาลพระอาจารย์ผู้นี้ อาจารโภได้พัฒนาระบบสารสนเทศ ของหน่วยงานให้ทันต่อเหตุการณ์และทันสมัยมากขึ้นโดยการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลของผู้รับบริการที่มารับบริการ เป็นระบบเครือข่ายทั้งโรงพยาบาล จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาเปลี่ยนใหม่และบุคลากรที่ปฏิบัติงานยังไม่มีความชำนาญในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ส่งผลให้ผู้รับบริการประเมินพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ห้องงานผู้ป่วยนัก เรื่องความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการบริการอยู่ในระดับปานกลาง

### ข้อเสนอแนะ:

- ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายและแนวทางเพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลมีพฤติกรรมการให้บริการ ที่พึงประสงค์ ตามความคาดหวังของผู้รับบริการ มีการสื่อสารระดับ



พุทธิกรรมการให้บริการ ของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ทราบอย่างต่อเนื่อง ติดตาม เฝ้าระวัง และสนับสนุน พุทธิกรรมที่ดี ให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร และตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียน และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการใน เชิงบวก

2. ผู้ปฏิบัติการควรทบทวน และปรับปรุง พุทธิกรรมการให้บริการของตนเองและผู้ประกอบ วิชาชีพพยาบาลโดยเฉพาะประเด็นที่เป็นส่วนขาด และ เป็นความต้องการของผู้รับบริการ ได้แก่ ความกระตือ รือร้น ความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการบริการ การ รับฟังและคลายปัญหาและให้คำปรึกษา การให้ความ เสนอภาค และร่วมกันหาแนวทางพัฒนาพุทธิกรรม จริยธรรม และเรียนรู้ พุทธิกรรมที่ดีจากพยาบาลต้นแบบ

3. ควรพัฒนาพุทธิกรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ และทำการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา

### กิตติกรรมประจำ

คณะกรรมการพุทธิจักษณ์ของพระคุณ รองศาสตราจารย์ วิภาพร วรหทัย อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวช ปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หัวหน้าหน่วยงาน พยาบาล วิชาชีพทุกท่านของโรงพยาบาลพระอาจารย์ผู้นี้ อาจารย์ ที่อนุญาตในการเก็บข้อมูล ให้การสนับสนุนและให้ กำลังใจในการทำวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. พระจันทร์ สุวรรณชาต. กฎหมายกับการประกอบ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. กรุงเทพฯ: เดอะเบสกราฟิกแอนด์ ปรินท์; 2541.
2. ลิวี่ ศิริโล. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่ พึงประสงค์ในอนาคต: ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบ บริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สภากาชาดไทย; 2542.
3. อุบลรัตน์ โพธิพัฒนชัย. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัทประชุมช่างจำกัด; 2545.
4. อรทัย หมุกลับ และคณะ. พุทธิกรรมด้านจริยธรรม และพุทธิกรรมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพ พยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี ภูเก็ต [ออนไลน์] 2550 [อ้างอิงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2551] จาก <http://www.dms.moph.go.th/>
5. พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2535 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 109 ตอนที่ 31 [ออนไลน์] 2552 [อ้างเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2552] จาก [http://www.studyabroad.ocsc.go.th/law/2535\\_home.asp](http://www.studyabroad.ocsc.go.th/law/2535_home.asp)
6. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐาน การพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนัก พิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.
7. กลุ่มการพยาบาล. คู่มือการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย. ออกโดย: โรงพยาบาลพระอาจารย์ผู้นี้ อาจารย์; 2550.
8. อนันท์ งามสะอาด. มนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ส่งเสริมอาชีวะ; 2547.
9. กันยา ออประเสริฐ. ทิศทางการพัฒนาสู่คุณภาพ การพยาบาลผู้ตัด. ในการประชุมวิชาการชุมชน พยาบาลผู้ตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5 วันที่ 24-25 มิถุนายน 2543; 2543.
10. พนอ เดชะอธิก และคณะ. สิทธิผู้ป่วย: การปฏิบัติ ของผู้ให้และผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสาร สมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเฉียบเหมือน 2550; 25(2): 34-43.
11. มนี อาภานันทกุล. หลักจริยธรรมในการให้บริการ สุขภาพ. วารสารสภากาชาดไทย 2550; 22 (4): (ต.ค.-ธ.ค.2550).
12. ทัศนา บุญทอง. ทิศทางการปฏิรูประบบบริการ พยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่ พึงประสงค์ในอนาคต: ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบ บริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สภากาชาดไทย; 2542.
13. ทัยชนก บัวเจริญ. การพัฒนาสมรรถนะทาง วัฒนธรรมในระบบบริการพยาบาลของสังคมไทย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเฉียบเหมือน 2549; 24(2): 17-23.
14. ศิริพร รองหวานາມ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาล แบบองค์รวม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชา ตະวันออกเฉียบเหมือน 2552; 27(3): 22-30.
15. วิจิตร พูลเพิ่ม. การใช้หลักกลยุทธ์มิตรธรรม 7 ใน การนิเทศบนคลินิก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชา ตະวันออกเฉียบเหมือน 2551; 26(4): 6-11.

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวัสดุอุปกรณ์ เนื้อหา ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากร พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากการวิจัย บทความวิชาการและการส่งข่าวสาร และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมสร้างความเข้าใจอันดี เพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงควรขอเชิญชวนให้ทุกท่านที่เป็นอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งเรื่องมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับเรื่องที่ท่านส่งมาและยินดีสรรหาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านเขียนมาให้ข้อเสนอแนะ ใน การปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

### ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

- รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้าและการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาขาต่างๆ หรือสาขาวิชานักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล
- บทความปริทัศน์ โดยการศึกษาวิเคราะห์วิจารณ์บทความทางการพยาบาลที่ตีพิมพ์แล้วในวารสารอื่น เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งก่อให้เกิดความกระจุงและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในเรื่องนั้นๆ
- เรื่องอื่นๆ ที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร เช่น ข่าวสารที่นำเสนอที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และบุคคลในวิชาชีพ เป็นต้น

### การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวัสดุอุปกรณ์ เนื้อหา ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น
- ต้นฉบับ พิมพ์สั่ง 3 ชุด ด้วยกระดาษขาว A4 พิมพ์หน้าเดียว ที่ผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยทั้งนี้ไม่ควรเกิน 10 หน้า พร้อมกับแนบ diskette ที่บันทึกข้อมูลต้นฉบับครบถ้วน

### รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

#### 1. บทความ ควรเรียงลำดับดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ และสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรก และควรมีชื่อภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย

1.2 ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co-worker) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อผู้เขียนพร้อมมุติการศึกษาสูงสุดและผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเรียงไปทางขวาเมื่อ ส่วนตัวแห่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้เป็นชื่อรองของหน้าแรก

#### 2. รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย สถานที่ทำงาน วุฒิการศึกษาสูงสุด เช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ เขียนสั้นๆ ให้ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง

2.3 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือชื่อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้ว ไม่ควรเกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อหนึ่ง เชิงอรรถ (Foot note)

2.4 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา กล่าวถึงการพิจารณาถึงปัญหาอย่างสั้นๆ ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ และวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย

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

2.6 ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางซึ่งต้องมีเล็กน้อยแต่จะระบุข้อมูล ที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะสมกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์ เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอด้วยรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดโป๊กการ์ด คำอธิบายรูปให้ลึกๆ ไว้ใต้รูป

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่นและสรุปอย่างย่อๆ

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย

#### การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในวารสารทั่วไป ดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขอakับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมาโดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวยก หมายถึงลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลข ให้เริ่มต้นด้วย เลข 1 และเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นช้าให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่าง .....การเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของคนในชุมชนนั้น<sup>1</sup> .....<sup>2</sup> .....<sup>3</sup>

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร ประกอบด้วย หมายเลขอakับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ฉบับที่ : หน้า. หากมีผู้เขียนจำนวน 1 – 6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณ. แทน

ตัวอย่าง

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

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

3. ณัฏฐ์จักรลดา เหมือนชู, นนทิรี บ่อเพชร, สังคชานนชัน, ศุภารี ลิมปพานนท์. ผลการจัดบริการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 17-23.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำราประกอบด้วย หมายเลขอakับการอ้างอิง. 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. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้ส่งงานลิขสิทธิ์ทุกประการ

3. ความลูกด้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน

4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ทุกความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

#### สถานที่ติดต่อปรีกษาและส่งต้นฉบับ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว 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.วีรวรรณ ศิริวัณิชย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทร. (044) 242397 โทรสาร (044) 270222
3. อาจารย์พรพรรณ พิพา แก้วมาตย์ วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี ประสังค์ ถนนพลแพน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทร. (045) 243803 โทรสาร (045) 243803



## ใบเจ้งความลงโฆษณา

ถึง ประธานฝ่ายวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....  
บริษัท ห้างร้าน.....  
ที่อยู่.....  
มีความประสงค์จะลงโฆษณาแจ้งความใน “วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ  
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ขนาดเนื้อที่..... หน้าตามอัตราโฆษณา  
เป็นเงิน..... บาท พร้อมนี้โปรดระบุข้อความที่ใช้โฆษณา

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

● อัตราค่าโฆษณาวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ●  
สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ

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

หมายเหตุ

- ถ้าบล็อกเกินกว่า 1 สีขึ้นไป ต้องตกลงราคาเป็นกรณีพิเศษ
- ถ้าข้อความโฆษณาไม่มามีภาพประกอบ โปรดส่งบล็อกพร้อมกับข้อความที่จะลงโฆษณาด้วย
- ขนาดกรอบโฆษณาเต็มหน้า ประมาณ  $16 \times 24$  ซม.
- จำนวนพิมพ์วารสาร 500 เล่ม ต่อครั้ง



## ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลฯ

สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ-นามสกุล (หรือสถาบัน).....  
ที่อยู่ (ที่ส่งได้ทางไปรษณีย์).....  
โทรศัพท์.....  
ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสาร “สมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ”  
ตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่.....จนถึงฉบับที่.....ปีที่.....รวม.....ฉบับ  
พร้อมน้ำเงินจำนวน.....บาท (.....)

### โดยสั่งจ่าย รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนธีแก้ว

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.....