วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๕๗ Vol. 1 No. 2 July – December 2014 ISSN 2408-0934

บทความวิชาการ

- ยุทธวิธีการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ : การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก
- คาเฟอีนในขนมและเครื่องดื่มที่พ่อแม่ควรตระหนัก
- อาหารจำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ
- สมรรถนะหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซี
- บันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด : บทบาทอิสระทางการพยาบาล

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- ความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร
- ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
- ผลลัพธ์ของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดนครปฐม
- ผลลัพธ์การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

College of Nursing Christian University of Thailand

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๕๗ Vol.1 No.2 July – December 2014 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต	หนุเจริญกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา	วงษ์ขมทอง
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์	หิญชีระนันทน์
อาจารย์ ดร. เสาวนีย์	กานต์เดชารักษ์
อาจารย์ ดร. พรทิพย์	กวินสุพร

บรรณาธิการ : รองศาสตราจารย์ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม	โอทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ศาสตราจารย์ ดร. รุจา	ภู่ไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร	จิรวัฒน์กุล	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา	คุณาวิกติกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา	จีระแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์	จินตนาดิลก	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันท์ ส.	โมไนยพงศ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. ลักษณา	อินทร์กลับ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหญิงนงพิมล	นิมิตรอานันท์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล	ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ผลงานวิชาการและรายงานการค้นคว้าวิจัยด้านพยาบาลศาสตร์
2. เผยแพร่ข่าวสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย

ขอบเขต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาวิทยาศาสตร์ และสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์วารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินแบบ Double - blind peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

กำหนดการออกวารสาร : ราย 6 เดือน
ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (นางธัญญรัตน์ หวานแท้)
144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
โทรศัพท์ : 0-3422-9480 ต่อ 3101-2 โทรสาร 0-3422-9499
e-mail : nursejournal@christian.ac.th

จัดรูปเล่ม – ออกแบบปก : แผนกสื่อสารองค์กร มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พิมพ์ที่ : บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด 26 ซอยพระราม 2 ที่ 83 ถนนพระราม 2 แขวงแสมดำ
เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150
โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ
(Peer Reviewer)

1.	รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญดา	ประจุศิลป	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2.	รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3.	รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี	ศรีมรกต	มหาวิทยาลัยมหิดล
4.	รองศาสตราจารย์ ดร. ร้อยตำรวจเอกหญิง ยุพิน	อังสุโรจน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5.	รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ	เกษมกิจวัฒนา	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
6.	รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันทรดุษฎี	เตรียมชัยศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
7.	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินธร	กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
8.	รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี	อัศดรวิเศษ	มหาวิทยาลัยมหิดล
9.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	อาจสันเที๊ยะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
10.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์	จิตรมนตรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
11.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
12.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ	ภิญโญภาสกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 1 ซึ่งนับว่ายังเป็นวารสารฉบับใหม่ ที่มีความเยาว์วัยอยู่มากแต่ขอเรียนให้ท่านผู้อ่านได้ทราบว่าภายในเล่ม มีเนื้อหาที่มีคุณค่าและความหลากหลายในสาขาต่างๆ ทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน ทั้งด้านการพยาบาลทางคลินิก การศึกษาการพยาบาล การพยาบาลชุมชนและการบริหารการพยาบาล บทความวิชาการเริ่มต้นด้วย ยุทธวิธีการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ต่อด้วยเรื่องโภชนาการในเด็กและในผู้ป่วยศัลยกรรมได้แก่ คาเฟอีนในขนมและเครื่องดื่มที่พ่อแม่ควรตระหนัก และอาหารจำกัดโซเดียมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ในด้านการบริหารการพยาบาลเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องกล่าวถึงในการเปิดประเทศเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ปี พ.ศ. 2558 ได้แก่เรื่องสมรรถนะหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซี ต่อท้ายด้วยเรื่องบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเรื่องที่มีความสำคัญทางการปฏิบัติการพยาบาลได้แก่ เรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด : บทบาทอิสระทางการพยาบาล ส่วนบทความวิจัยได้แก่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานในตำบลถนนขาด อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม บทความวิจัยทางคลินิกได้แก่เรื่องความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร และเรื่องภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก 2 เรื่องสุดท้ายเป็นงานวิจัยชุมชน ได้แก่ ผลลัพธ์ของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และเรื่องผลลัพธ์การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความภายในเล่มจะเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและการพัฒนางานวิจัยแก่ท่านสมาชิกและท่านผู้สนใจ และในโอกาสนี้ขอเชิญชวนเพื่อนร่วมวิชาชีพพยาบาลทุกท่าน ทั้งในตำแหน่งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ และการศึกษาได้ส่งบทความวิชาการและวิจัยเพื่อเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เพื่อประโยชน์ทางวิชาการพยาบาลอย่างกว้างขวาง และในส่วนสุดท้ายนี้ ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนมาด้วยดี

รองศาสตราจารย์ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ
Editor's Message

บทความวิชาการ

- ยุทธวิธีการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ : การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก
  Student-Centered Learning Strategy : Problem-Based Learning (PBL)
  ดร. ปุณยนุช พิมใจใส / Dr. Punyanut Phimchaisai 113
- คาเฟอีนในขนมและเครื่องดื่มที่พ่อแม่ควรตระหนัก
  Parents Awareness Towards Caffeine in Food and Drink
  ทิพวัลย์ ธีรสิริโรจน์ / Tippawan Teerasiriroj 128
- อาหารจำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ
  Restrict Sodium Diet with Valvular Heart Surgery Patients
  จุฑามาศ จินาทิตย์ / Jutamart Jinatit 141
- สมรรถนะหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซี
  The Head Nurses' Core Competencies in ASEAN Economic Community
  ดร. เบ็ญจวรรณ พุทธิอังกูร / Dr. Benjawan Buddiangkul 154
- บันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  Ten Steps to Successful Breastfeeding
  มัณฑนา สุขศรีอินทร์ / Muntana Suksriin 164
- การจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด : บทบาทอิสระทางการพยาบาล
  Pain Managements in Labour : Independent Nursing Role
  สุนิดา ชูแสง / Sunida Choosang 176

บทความวิจัย

◈ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม
The Factors Influencing Health Promoting Behaviors of Older Adults with Diabetes Mellitus in Tanonkard Sub-District, Muang District, Nakhon Pathom Province
ผศ. สุปราณี แตงวงษ์ Asst. Prof. Supranee Tangwong 190

◈ ความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร
Needs of Comfort in Patient on Mechanical Ventilation at Intensive Care Unit, Samutsakorn Hospital
อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์ Orawan Samboonjan 205

◈ ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
Professional Nurse Anesthetist Image as Perceived by Health Personnel, Damnoen Saduak Hospital
โสฐิตา ขุนภักดี Sothita Khunpukdee 214

◈ ผลลัพธ์ของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดนครปฐม
The Outcomes of Self-Efficacy Enhancement Program for the Elderly with Uncontrolled Hypertension of Village Health Volunteers in Nakhon Pathom Province
ภาศินี สุขสถาพรเลิศ Prasinee Suksatapornlarte 228

◈ ผลลัพธ์การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม
The Outcome of Individual Health Promotion Program on Non-Communicable Disease High Risk Behaviors of Persons with in a Health Promoting Hospital Responsible Areas in Nakhon Pathom Province
อุษา ตันทพงษ์ Usa Tontapong 240

ยุทธวิธีการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ : การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

Student-Centered Learning Strategy : Problem-Based Learning (PBL)

ดร. ปุณยนุช พิมใจใส*

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยมุ่งการใช้ปัญหาจริงหรือจำลองเป็นการเริ่มต้น หรือเป็นวิธีการเรียนรู้ที่เริ่มต้นด้วยการใช้ปัญหาเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนไปศึกษาค้นคว้าแสวงหาความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ จากแหล่งวิทยาการที่หลากหลาย เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหา โดยที่มิได้มีการศึกษา หรือเตรียมตัวล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวมาก่อน ซึ่งปัญหานั้นจะต้องเป็นปัญหาที่ผู้เรียนสนใจ ต้องการแสวงหาค้นคว้าคำตอบ และหาเหตุผลมาแก้ปัญหา วิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักจะช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ความสามารถในการตัดสินใจ และทักษะในการใช้เหตุผลของผู้เรียน ผู้เรียนจะเกิดทักษะจากการฝึกให้แก้ปัญหา การรู้จักหาข้อมูลความรู้ใหม่ๆ สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของความรู้จากข้อมูลต่างๆ สร้างความรู้ใหม่ และประการสำคัญเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ เนื่องจากผู้เรียนได้เรียนในสภาพแวดล้อมที่คล้ายคลึงกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในอนาคต จะเห็นได้ว่าการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักนั้น ตัวผู้เรียนต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยผู้เรียนจะต้องรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองในด้านการวางแผนการดำเนินงานของตนเอง ยอมรับความรับผิดชอบตนเองที่มีต่อกลุ่ม เลือกประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเอง และประเมินตนเองตลอดเวลา

---

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

Problem-Based Learning (PBL) is a student-centered learning strategy. Focusing on the real problems or scenarios as the starter. It's a way for learning that uses the problems to stimulate the learners to study, to research and to acquire knowledge by using different methods and variety resources for solving the problems. The problems must not be prepared before and is significance, the learners should want to solve the problems, and need to search and seek for the answers. PBL will improve students' problem-solving skills, it can enhance the decision making abilities, and can develop reasonable skills effectively. The students will be proficiency by practicing how to deal with the problems, trying to find the new information, forming new knowledge and elevating self-directed learning. In addition learners can combine the knowledge and the related information, it fosters their learning motivation, because they learned in similar environment as they will encounter in future. PBL shows that, the learners are the self-directed, they are responsible in their learning and their working plan. They would realized their responsible for the group, choose their own learning experience, and do self- evaluation all the time.

บทนำ

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem - Based Learning) หรือเรียกสั้นๆ ว่า PBL เป็นยุทธวิธีในการจัดการเรียนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญแบบหนึ่ง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ใช้ปัญหาเป็นหลักหรือจุดเริ่มต้นเพื่อกระตุ้นจูงใจเร้าความสนใจเพื่อเรียนรู้และสร้างความรู้ด้วยตัวเอง ซึ่งปัญหานั้นจะต้องเป็นปัญหาที่มาจากตัวผู้เรียน เป็นปัญหาที่ผู้เรียนสนใจ ต้องการการแสวงหา ค้นคว้าคำตอบ และหาเหตุผลมาแก้ปัญหาหรือทำให้ปัญหานั้นชัดเจนจนมองเห็นแนวทางแก้ไข ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้ สามารถผสมผสานความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก จะส่งเสริมการเรียนรู้อย่างกระตือรือร้นของผู้เรียน (วัชรา เล่าเรียนดี, 2550) ซึ่งการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ เพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การให้เหตุผล และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิผล มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถทำงานและสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน และได้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทจริงและสามารถนำไปใช้ได้ และความคงอยู่ (Retention) ของความรู้ยาวนานขึ้น (อานุภาพ เลขะกุล, 2550)

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก จึงเป็นยุทธวิธีการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญชนิดหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมและพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งผู้เรียนสามารถจะนำไปใช้ในการทำงานและการดำรงชีวิตตลอดชีวิต การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักช่วยให้ประสบการณ์ที่มีความหมายต่อผู้เรียน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เรียนได้ใช้ความรู้ในสถานการณ์ต่างๆ และในสถานการณ์จริง เพื่อปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานของ

ตนเองให้มีประสิทธิผลสูงสุด จุดเด่นของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักก็คือ การใช้ปัญหาจริงให้ผู้เรียนได้คิดหาแนวทางการแก้ปัญหาและเพื่อเป็นการส่งเสริมทักษะการคิดสร้างสรรค์ ควรให้ผู้เรียนได้มีการเสนอแผนปฏิบัติ (Action plan) และดำเนินการแก้ปัญหาด้วย

ลักษณะสำคัญของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ประกอบด้วย 1)ใช้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงเป็นตัวกระตุ้นหรือจุดเริ่มต้นในการแสวงหาความรู้ 2) การบูรณาการเนื้อหาความรู้ในสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น 3) เน้นกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ 4) เรียนเป็นกลุ่มย่อยโดยมีผู้สอนหรือผู้สอนเป็นผู้สนับสนุนและกระตุ้น ผู้เรียนต้องร่วมกันสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม และ 5) เน้นกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตนเองหรือกลุ่มตั้งไว้ และการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นเทคนิควิธีการสอนวิธีหนึ่งที่ใช้ปัญหาเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ นั้นก็คือปัญหาของผู้ป่วย ปัญหาการให้บริการสาธารณสุข หรือปัญหาเกี่ยวกับการวิจัยมาเป็นตัวกระตุ้น ให้เกิดความอยากเรียนและเรียนในเนื้อหาวิชาที่เหมาะสมกับปัญหาที่กำลังประสบอยู่ ในขณะเดียวกันผู้เรียนยังได้มีโอกาสพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของตนเองอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยัลซิน คาราฮาน คาราดิไนซ์ไล และซาฮิน (Yalcin, Karahan, Karadenizli, and Sahin, 2006) ที่กล่าวสรุปไว้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักนั้น ช่วยส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Self-directed skills) อาทิเช่น ทักษะการคิดทางวิทยาศาสตร์ (Scientific thinking skills) ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving skills) และทักษะการแก้ปัญหาความขัดแย้ง (Conflict resolution skills) โดยการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก มีวัตถุประสงค์ทางการศึกษาอยู่ 2 ประการ คือผู้เรียนสามารถเรียนรู้เนื้อหาวิชาการได้ตามที่ต้องการ และผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า “The problem is a springboard to learning-but the goal is not to solve the problem” (ปัทมา โกมุทบุตร, 2551 อ้างถึงในจิราภรณ์ พิมใจใส, 2553)

แบร์โรวส์ และแทมบลิน (Barrows and Tamblyn, 1980) ให้ความหมายว่าการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก หมายถึง วิธีการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์ หรือปัญหาเป็นสิ่งเริ่มต้นในการกระตุ้นผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดความต้องการที่จะใฝ่หาความรู้ เพื่อแก้ไขสถานการณ์หรือปัญหานั้น โดยที่ผู้เรียนจะเป็นผู้ตัดสินใจแสวงหาความรู้ในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ และทำงานร่วมกับผู้เรียนคนอื่นๆ ภายในกลุ่มโดยที่มีติวเตอร์ (Tutor) เป็นผู้ดูแลกระบวนการเรียนการสอน จากความหมายดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก หมายถึงเทคนิควิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของอาจารย์ที่ส่งเสริมพัฒนาให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยใช้ปัญหาที่พบได้ในสถานการณ์จริง เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ผู้เรียนเป็นผู้กำหนดเนื้อหาที่ต้องการเรียนรู้อย่างอิสระ ค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองโดยที่ผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะบอกแนวทาง และเตรียมทรัพยากรที่เหมาะสมไว้ให้ และมีการประเมินการเรียนรู้

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยของนักการศึกษาเกี่ยวกับหลักการ วัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักคล้ายคลึงกันและอาจแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยสรุปผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้ดังนี้

ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก นั้นจะมุ่งส่งเสริมและพัฒนาผู้เรียนในด้านทักษะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ความสามารถในการประยุกต์ใช้กระบวนการแก้ปัญหาในสถานการณ์ใหม่หรือสถานการณ์ในอนาคตโดยฝึกให้ผู้เรียนได้ศึกษาค้นคว้าและใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมและหลากหลาย พัฒนาทักษะการคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณอย่าง

ต่อเนื่องโดยการนำเอาวิธีการแก้ปัญหาทั้งกระบวนการมาใช้ในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ พัฒนาความสามารถในการทำงานเป็นทีมและฝึกการเป็นผู้นำและความสามารถในการใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมและหลากหลาย นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักนั้น มุ่งเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัว การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง การเห็นคุณค่าจากมุมมองที่มีความหลากหลาย รวมถึงการพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิผล (วัชรา เล่าเรียนดี, 2550; อานุภาพ เลขะกุล, 2550; Yalcin, Karahan, Karadenizli, and Sahin, 2006; Engle, 1997; Branda, 1986; Barrows, and Tymblyn, 1980) และจากการศึกษาของซันเกอร์ เทคคาย่า และเจแบน (Sungur, Tekkaya, and Geban, 2006) พบว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังจากแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก นั้นยังมุ่งส่งเสริมและพัฒนาผู้เรียนเกี่ยวกับการเลือกใช้ข้อมูลที่ตรงหรือสัมพันธ์กับปัญหา การแปลความหมายข้อมูล การจัดระบบกับความไม่แน่นอน และการจัดระบบความคิดรวบยอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแบรนด้า (Branda 1986, อ้างถึงในยุวดี ฎาชา 2536) พบว่าเมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ผู้เรียนจะมีพัฒนาการด้านต่างๆ ดังนี้คือ สมรรถภาพในการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก สมรรถภาพในการแก้ปัญหา สมรรถภาพในการชี้นำการเรียนรู้ด้วยตนเอง สมรรถภาพในการเรียนเป็นกลุ่มย่อย และสมรรถภาพในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

แนวคิดพื้นฐานของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

แบโรว์ส (Barrows, 1994) ได้กล่าวถึงแนวคิดพื้นฐานของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักที่จะทำให้การเรียนรู้ของผู้เรียนประสบผลสำเร็จ สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือการจัดการเรียนการสอนโดยให้ผู้เรียนได้ผ่านกลไก 3 ประการซึ่งแนวคิดพื้นฐานของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ได้แก่

1. การใช้ "ปัญหา" เป็นหลักในการเรียน (Problem based learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนใช้ "ปัญหา" เป็นฐานหรือเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการแสวงหาความรู้ บางครั้งสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้อาจไม่ใช่ตัวปัญหาโดยตรงแต่เป็นสถานการณ์ที่ต้องการปรับปรุง (Situation in need of improvement) อย่างไรก็ตามกลวิธีหาความรู้ก็คือกระบวนการแก้ปัญหา (Problem solving process) หรือกระบวนการค้นคว้าหาความรู้ (Inquiry process) ซึ่งประกอบด้วยการเชื่อมโยงความรู้เดิมเข้ากับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ต้องการปรับปรุง หาข้อมูลเพื่อพิสูจน์สมมติฐาน และใช้ความคิดที่มีเหตุมีผลในการสรุปข้อความรู้ใหม่

2. การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Self-directed learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีเสรีภาพในการเลือกสิ่งที่ต้องการเรียน และมีความสามารถที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้เรียนจะเป็นผู้กำหนดการดำเนินการเกี่ยวกับการเรียนรู้ของตนเอง เลือกประสบการณ์เรียนรู้ด้วยตนเอง ยอมรับตนเอง ประเมินผล และวิพากษ์วิจารณ์ตนเองได้ตรงกับความเป็นจริง เป็นการเชื่อมโยงแนวความคิด สร้างความคิดรวบยอด และเครือข่ายของการเรียนรู้ได้ด้วยตัวของเขาเอง

3. การเรียนเป็นกลุ่มย่อย (Small group learning) การเรียนเป็นกลุ่มย่อย เป็นกลไกที่สำคัญที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้พัฒนาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นเป็นทีม และยอมรับประโยชน์ของการทำงานร่วมกัน ให้ค้นคว้าหาแนวความคิดใหม่ๆ ได้แนวคิดที่กว้างขวางขึ้น ประหยัดเวลาในการเรียนรู้ และสร้างนิสัยที่ดีในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น โดยแบ่งผู้เรียนออกเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน โดยมีผู้สอน 1 คน ช่วยเป็นผู้กระตุ้น สนับสนุน และช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ของกลุ่ม โดยในแต่ละกลุ่มจะมีกระบวนการเรียนรู้โดยจะเริ่มต้นจาก "ปัญหา" ที่ได้รับจากผู้สอน จากปัญหานี้เองที่สมาชิกของกลุ่มจะต้องช่วยกันแสดงความคิดเห็นและอภิปรายภายใต้ความรู้

พื้นฐานเดิมและความรู้ใหม่ที่สมาชิกแต่ละคนจะช่วยกันแสวงหามา จนกระทั่งได้สมมติฐานและข้อสรุปของสมมติฐานที่ถูกต้อง และนำไปสู่คำตอบของปัญหา กระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มในรูปแบบนี้จะพัฒนาทักษะของผู้เรียน ทั้งในด้านการแสดงความคิดเห็น การคิด การแสดงออก การอ่านและการสรุปประเด็น ตลอดจนความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การทำงานเป็นทีม และการยอมรับประโยชน์ของการทำงานร่วมกันโดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักร่วมกับขั้นตอนของการแก้ปัญหา

นอกจากนี้ วัชรา เล่าเรียนดี (2550) ได้สรุปคุณลักษณะของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักประกอบด้วยคุณลักษณะ 6 ประการ ได้แก่ 1) เป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ 2) การเรียนรู้เกิดขึ้นจากการร่วมมือกันของผู้เรียนเป็นกลุ่มเล็กๆ 3) ผู้สอนคือผู้ที่คอยแนะนำ สนับสนุน ผู้เรียนคือผู้ที่มองเห็นปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง 4) ปัญหาเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง หรือปัญหาจริง ซึ่งปัญหาจะช่วยกำหนดกรอบแนวคิดหรือกำหนดจุดเน้นและกระตุ้นการเรียนรู้ 5) ปัญหาคือสิ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และ 6) ความรู้ใหม่จะเกิดขึ้นโดยการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก จัดเป็นยุทธวิธีการเรียนวิธีหนึ่งที่เป็นที่รู้จักและใช้กันแพร่หลายมากขึ้น โดยนำมาใช้เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพของการคิด (Quality thinking) โดยวิธีการสืบเสาะหาความรู้คำตอบของปัญหาจากสื่อ จากแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งการทดสอบปฏิบัติจริง แนวคิดในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก มีแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเรียนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Student-Centered Learning) กล่าวคือ 1) ผู้เรียนได้สัมผัสจริงกับปัญหา ผู้สอนสร้างบรรยากาศในชั้นเรียนให้ผู้เรียนได้รับรู้และสัมผัสจริงกับปัญหาที่เกี่ยวข้อง 2) ผู้สอนมีความเป็นกันเอง เปิดเผยและตระหนักถึงทัศนะของตนต่อสิ่งต่าง ๆ ยอมรับความรู้สึกของตนเองจริงใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้เรียน 3) ผู้สอนยอมรับผู้เรียนอย่างที่แต่ละคนเป็น เข้าใจความรู้สึกของผู้เรียน 4) ผู้สอนจัดแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ให้พร้อม จัดเอกสาร ตำรา ให้มีพร้อมที่จะให้ผู้เรียนเลือกใช้ได้ 5) ผู้สอนสร้างบรรยากาศในชั้นเรียน และสร้างสัมพันธภาพกับผู้เรียนในลักษณะที่ส่งเสริมแรงจูงใจพื้นฐานของผู้เรียน 6) ผู้สอนไม่ใช้การบรรยายเป็นวิธีการหลักในการเรียนการสอน และไม่มีการประเมินผลผู้เรียนโดยใช้เกณฑ์ภายนอกตัดสิน และ 7) ผลที่เกิดขึ้นในตัวผู้เรียนคือ การที่ผู้เรียนมีการปรับตัว มีความคิดริเริ่มด้วยตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง สร้างสรรค์งาน มีการกระตุ้นสนับสนุนความคิดของผู้เรียน (วิชนีย์ ทศศะ, 2547; ยุรวัฒน์ คล้ายมงคล, 2545; และทองจันทร์ หงศ์ลดารมภ์, 2537)

อานุภาพ เลขะกุล, 2550; ยุรวัฒน์ คล้ายมงคล, 2545; ทองจันทร์ หงศ์ลดารมภ์, 2544; และ Schmidt 1983, อ้างถึงในอุดม รัตนอัมพรโสภณ, 2544 ได้กล่าวถึงเงื่อนไข 3 ประการ ที่ช่วยสนับสนุนการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก คือ

1. การกระตุ้นความรู้เดิม ในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ต้องอาศัยความรู้พื้นฐานเดิม และจะได้ผลดีขึ้นถ้าได้มีการกระตุ้นความรู้เดิมหรือนำความรู้เดิมที่ผู้เรียนมีอยู่มาใช้กับการเรียนรู้ใหม่ (Activation of prior knowledge) โดยธรรมชาติของการเรียนรู้มนุษย์เรามักจะใช้ความรู้เดิมที่มีอยู่มาช่วยในการทำความเข้าใจและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่อย่างไรก็ตาม วิธีการเรียนรู้แต่ละวิธีจะสามารถกระตุ้นความรู้เดิมมาใช้ได้ไม่เท่าเทียมกัน วิธีใดที่สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนนำความรู้เดิมออกมาใช้ได้มาก ก็จะยิ่งช่วยสนับสนุนในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ได้มากขึ้น

2. การเสริมความรู้ใหม่ที่เฉพาะเจาะจงการเรียนรู้เนื้อหาที่ใกล้เคียงสถานการณ์จริง หรือมีประสบการณ์ตรง (จากสถานการณ์ปัญหา) จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีขึ้นและจะช่วยให้การเรียนบรรลุเป้าหมาย (Encoding specificity) ถ้าในการเรียนรู้ ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกับของจริงที่จะต้องไปประสบพบเห็นใน

อนาคต จะทำให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้นี้ไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ดี และยังเป็นการจูงใจให้ผู้เรียนมีความปรารถนาที่จะเรียน เพราะรู้ว่าเรียนเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริงในอนาคต ตัวอย่างเช่น การเรียนรู้โดยการศึกษาโดยตรงจากผู้ป่วยในภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล จะทำให้เกิดความรู้และทักษะที่นำไปใช้ในการปฏิบัติวิชาชีพได้ดี เพราะเป็นการเรียนในบรรยากาศที่คล้ายคลึงกับในอนาคต เนื่องจากเป็นการเรียนรู้และปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรง

3. การต่อเติมความรู้ให้สมบูรณ์ (Elaboration of knowledge) เนื่องจากการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นการเรียนกลุ่มย่อยขนาด 8-10 คน การได้แสดงออก แสดงความคิดเห็น อภิปรายถกเถียงกัน หรือการรายงานหน้าชั้นเรียนจะทำให้ผู้เรียนเข้าใจและเรียนรู้สิ่งนั้นได้ดีขึ้น ผู้เรียนจะสามารถเรียนรู้อย่างเข้าใจได้ดีขึ้น จดจำได้แม่นยำ และสามารถนำความรู้นั้น ๆ ออกมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว ถ้าหากผู้เรียนมีโอกาสได้เสริมต่อความเข้าใจในข้อมูลดังกล่าวให้สมบูรณ์มากขึ้น ด้วยการถาม - ตอบคำถาม การจดบันทึก การอภิปรายร่วมกับผู้อื่น การสรุปข้อมูล ตลอดจนการตั้งสมมติฐานและพิสูจน์สมมติฐาน

องค์ประกอบที่ส่งผลต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก หัวใจสำคัญอยู่ที่ "ปัญหา" ที่ผู้สอนเตรียมให้ผู้เรียน แต่การที่กระบวนการเรียนรู้แบบนี้จะประสบผลสำเร็จมิได้อยู่ที่ "ปัญหา" เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับทุกองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้สอนหรือผู้ให้คำแนะนำเพิ่มเติม (Tutor) 2) ผู้เรียน (Students) 3) สถานการณ์ปัญหา (Problems) และ 4) กระบวนการกลุ่ม (Group process) ซึ่งทุกองค์ประกอบจะต้องทำหน้าที่อย่างดีที่สุด การที่องค์ประกอบอันใดอันหนึ่งบกพร่องไป จะทำให้กระบวนการเรียนรู้ไม่บรรลุผลตามที่วางไว้ รายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบมีดังต่อไปนี้

ผู้สอนหรือผู้ให้คำแนะนำเพิ่มเติม (Tutor)

ในการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ครูผู้สอนที่พลิกบทบาทไปเป็นติวเตอร์ (Tutor) มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่ง วัชรา เล่าเรียนดี (2550) ได้ให้ข้อแนะนำในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก สำหรับผู้สอนหรือผู้ให้คำแนะนำเพิ่มเติม (Tutor) ดังนี้

1. ให้ผู้เรียนได้รู้จักคุ้นเคยและมีประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีแก้ปัญหาแบบวิทยาศาสตร์ 5 ขั้น ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาและนิยามปัญหา สมมติฐานและการตั้งสมมติฐาน การทดลองและการหาข้อมูล รวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปเสนอผลงาน ผู้เรียนควรรู้และเข้าใจกระบวนการนี้เป็นอย่างดี

2. เลือกสถานการณ์ที่จะนำไปสู่ปัญหาที่น่าสนใจและหลากหลาย และที่สอดคล้องกับสาระความรู้

3. เตรียมใบความรู้และใบกิจกรรมสำหรับผู้เรียน

4. เตรียมพร้อมด้านสื่อ สาระความรู้เพิ่มเติมสำหรับผู้เรียน

5. เขียนแผนการจัดการเรียนรู้ที่ระบุกิจกรรมการสอนและกิจกรรมการเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน

6. กำหนดวิธีการวัดประเมินผลที่หลากหลายเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนทุกด้าน

สรุปได้ว่าบทบาทของผู้สอนหรือผู้สอนประจำกลุ่มจะทำหน้าที่สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาใน การเรียนกลุ่มย่อย เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการเรียน มิได้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เรียนโดยตรง ทักษะการตั้งคำถามที่เหมาะสมจึงเป็นทักษะที่จำเป็นของผู้สอนหรือผู้สอนประจำกลุ่ม บทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การกระตุ้นและส่งเสริมกระบวนการกลุ่ม การช่วยประธานควบคุมกิจกรรมกลุ่ม ให้กลุ่มดำเนินการตามขั้นตอนของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก สนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียนและเน้นให้ผู้เรียนตระหนักว่าการเรียนรู้เป็นความรับผิดชอบของผู้เรียน กระตุ้นให้ผู้เรียนเอาความรู้เดิมที่มีอยู่มาใช้อภิปรายหรือแสดงความคิดเห็น

ช่วยสนับสนุนให้กลุ่มสามารถตั้งประเด็นหรือวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบทเรียน หลีกเลี่ยงการแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินว่าถูกหรือผิด ส่งเสริมให้ผู้เรียนประเมินการเรียนรู้ของตนเอง รวมทั้งเป็นผู้ประเมินทักษะของผู้เรียนและกลุ่ม พร้อมการให้ข้อมูลย้อนกลับ สิ่งสำคัญที่ผู้สอนควรระลึกถึงในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก คือ จำนวนผู้เรียนในชั้นเรียน ระดับวุฒิภาวะ และเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของบทเรียนและรายวิชา โดยผู้เรียนรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้ร่วมกันซึ่งผู้เรียนคือ ผู้คิด ผู้ปฏิบัติ และผู้ตัดสินใจ

ดังนั้น ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก นอกจากบทบาทผู้สอนเปลี่ยนแปลงไปเป็นติวเตอร์แล้ว ยังคงมีบทบาทของผู้สอนที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการเรียนการสอนตั้งแต่ขั้นเตรียมการจนกระทั่งถึงขั้นตอนของการประเมิน บทบาทของผู้สอนในการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักมีดังนี้ (วิไลพร สุตันไชยนนท์, 2546)

1. การวางแผนงาน การวางแผนงานรายละเอียดต่างๆ ของการเรียนการสอน จะช่วยทำให้กระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น แนวทางการเตรียมการเรียนการสอนประกอบด้วย

1.1 การเตรียมบทเรียนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่สร้างขึ้น

1.2 จัดเตรียมแนวคิดต่างๆ ที่เป็นไปได้ทั้งหมดของบทเรียนและเนื้อหา

1.3 รวบรวมและจัดเตรียมอุปกรณ์การเรียนและสำหรับการสร้างประสบการณ์การเรียนเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น เอกสารคำสอน ตำราวารสาร โสตทัศนูปกรณ์ ฯลฯ

1.4 การดำเนินการจัดการให้อุปกรณ์การเรียนสะดวกแก่ผู้เรียนในการนำไปใช้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง รวมถึงการติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ที่จะช่วยให้ความรู้แก่ผู้เรียน หากจำเป็นอาจต้องดำเนินการในการนัดหมายให้แก่ผู้เรียนด้วย

1.5 จัดสรรเวลาให้เหมาะสมและเพียงพอกับกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้เรียน

1.6 จัดเตรียมแบบฝึกหัดสำหรับสร้างทักษะในการเรียนรู้ ที่สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่ม

2. การนำผู้เรียนเข้าสู่บทเรียน หลังจากที่ได้จัดเตรียมแผนการเกี่ยวกับการเรียนการสอน และจัดเตรียมปัญหาเรียบร้อยแล้ว ผู้สอนจะต้องนำผู้เรียนเข้าสู่บทเรียน โดยใช้ปัญหาที่สร้างขึ้น อาจจะในรูปของการเล่าเรื่อง การสร้างสถานการณ์ด้วยรูปภาพ กราฟ หรือใช้โสตทัศนูปกรณ์ต่างๆ

3. การตั้งคำถาม ผู้สอนจะต้องชักนำ และกระตุ้นให้ผู้เรียนได้มีการแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเป็นอิสระ และมีการอภิปรายถึงความคิดเห็นต่างๆ ที่สมาชิกในกลุ่มแสดงออก ผู้สอนอาจช่วยสร้างบรรยากาศด้วยการตั้งคำถามให้ผู้เรียนได้คิดเพิ่มเติม หรือตั้งคำถามเป็นการเปิดประเด็นในแนวคิดใหม่ที่ผู้เรียนไม่ได้คำนึงถึง รวมถึงการนำคำถามของผู้เรียนมาตั้งเป็นคำถามกลับไปยังผู้เรียนเพื่อกระตุ้นความคิดเห็น

4. การบริหารจัดการ ผู้สอนยังคงมีหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการในเรื่องของการเรียนการสอนเช่นเดียวกับระบบการสอนแบบปกติ จะต้องมีการประกาศเกี่ยวกับกำหนดการและกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มผู้เรียนในอันที่จะส่งเสริมให้กระบวนการกลุ่มดำเนินการต่อไปได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการให้กำลังใจแก่ผู้เรียนที่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นให้ได้มีส่วนร่วมในการอภิปรายภายในกลุ่มให้มากยิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยให้ผู้เรียนสามารถวางแผนงาน และดำเนินการตกลงภายในกลุ่มในการแบ่งภาระรับผิดชอบเพื่อค้นหาความรู้เพิ่มเติมตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้

5. การให้รางวัล ผู้สอนอาจจะต้องให้กำลังใจและให้รางวัลแก่กลุ่ม เพื่อเป็นการเสริมกำลังใจให้กลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ แต่การให้กำลังใจและการให้รางวัลนั้นต้องไม่อยู่ในรูปแบบที่ปิดกั้นและเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการกลุ่ม

เฉพาะอย่างยิ่งบรรยากาศของการอภิปรายของกลุ่ม ในบางครั้งอาจจะต้องให้คำติชมอย่างตรงไปตรงมากับผู้เรียนและต้องสามารถดำเนินมาตรการกับผู้เรียนที่เอาเปรียบเพื่อนไม่ทำงาน ปล่อยให้เพื่อนทำงานตามลำพังหรือผู้ที่หันหน้าหนีปัญหาของกลุ่ม

6. การสังเกตการณ์ ผู้สอนจะต้องทำการสังเกตการณ์ เหตุการณ์และบรรยากาศของการประชุมกลุ่มของผู้เรียนอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะสามารถประเมินสถานการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียน และทำการแก้ไขให้การเรียนรู้เป็นไปตามที่ได้วางแผนการไว้ เฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มเติมแนวคิดใหม่ที่ผู้เรียนยังไม่ได้นึกถึง นอกจากนี้ต้องสังเกตพฤติกรรมผู้เรียนแต่ละคน เพื่อที่จะทำให้สามารถค้นหาความสนใจ ความสามารถ จุดมุ่งหมายและปัญหาต่างๆ ของผู้เรียนแต่ละคนได้

7. การประเมินผล ผู้สอนจะต้องทำการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนในทุกขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งอาจได้จากการสังเกตสถานการณ์และบรรยากาศ ตลอดจนทิศทางในการศึกษาค้นคว้าว่าผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ไปมากน้อยเพียงใด โดยอาจดูจากความสอดคล้องของข้อมูลที่ผู้เรียนหามาได้ว่าสอดคล้องกับปัญหาหรือไม่ และดูจากการประยุกต์ความรู้ที่หามาได้ในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งหามาตรการแก้ไขข้อบกพร่องเหล่านั้นให้เหมาะสม

ผู้เรียน (Students)

ในการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักนี้ ผู้เรียนจะเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ทั้งหมด จะเป็นผู้ที่ต้องพัฒนาตัวเองในทักษะด้านต่างๆ โดยอาศัยปัญหาและกระบวนการกลุ่มกระตุ้นและก่อให้เกิดการพัฒนาเฉพาะอย่างยิ่งทักษะของการคิดอย่างมีเหตุผลที่จะนำไปสู่ความสามารถในการแยกแยะ วิเคราะห์ ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานจริง ทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน รวมถึงความสามารถในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย

ประสบการณ์การเรียนการสอนแบบนี้ นอกจากจะพัฒนาผู้เรียนในทักษะด้านต่างๆ แล้วยังพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกลุ่ม พัฒนาให้รู้จักยืดหยุ่น และมีความอดทนอดกลั้นต่อผู้อื่นที่มีพื้นฐานและมีความสนใจที่แตกต่างกันอีกด้วย อย่างไรก็ตามผู้เรียนจะพัฒนาตนเองได้มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับตัวผู้เรียนเองที่เต็มใจและให้ความร่วมมือกับกลุ่ม ในการแสดงบทบาทต่อไปนี้

1. ไม่นิ่งเฉยขณะร่วมประชุมกลุ่ม ต้องร่วมมือร่วมใจสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ภายในกลุ่มให้น่าสนใจติดตาม โดยการแสดงความคิดเห็นและอภิปรายประเด็นต่างๆ ตามความเหมาะสม ของโอกาสและด้วยท่าทีไม่ทำให้บรรยากาศของการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเสียไป

2. ร่วมมือร่วมใจกันสร้างวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าของกลุ่ม

3. ถกเถียงต่อรองกัน เพื่อสร้างกฎเกณฑ์ของกลุ่ม

4. แสดงการติชมอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมาต่อเพื่อนสมาชิกภายในกลุ่มทุกคน

5. ไม่แสดงพฤติกรรมอันก่อให้เกิดการแตกแยกภายในกลุ่ม

6. มีความซื่อสัตย์ต่อกลุ่ม โดยทำงานที่ได้รับมอบหมายจากกลุ่มโดยไม่บิดพลิ้ว

7. ในการนำเสนองานที่ได้รับมอบหมายในการประชุมกลุ่มนัดถัดไป ต้องให้ตรงต่อเวลา และอย่างเต็มความสามารถ

ทองจันทร์ หงศ์ลดารมภ์ (2537); วอลตันและแมททิวส์ (Walton and Matthews, 1989) ได้กล่าวว่าการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความต้องการที่จะแสวงหาความรู้เพื่อแก้ปัญหา ดังนั้นลักษณะของผู้เรียนด้วยวิธีการแก้ปัญหา (The characteristics of problem solver) ที่จะประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น จะต้องมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ (5 C) ได้แก่ ความรู้ความสามารถ (Competence) เป็นความรู้ความสามารถเดิมที่เหมาะสมกับปัญหาที่จะเรียน เป็นสิ่งที่ผู้สอนต้อง

ตระหนักเพราะถ้าผู้สอนเตรียมปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนไม่สัมพันธ์กับความรู้เดิม ของผู้เรียนแล้ว จะทำให้ผู้เรียนเกิดความลำบาก และเสียเวลามากในการกำหนดทิศทางการแสวงหาความรู้เพื่อนำมาแก้ปัญหานั้น

ความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น (Communication) เป็นความสามารถในการติดต่อสื่อความหมายกับผู้อื่น เนื่องจากการเรียนการสอนเป็นกลุ่มย่อย การติดต่อสื่อสารจะช่วยให้การเรียนรู้ในกลุ่มมีประสิทธิภาพ

ความตระหนักในความสำคัญ (Concern) ผู้เรียนควรตระหนักถึงความสำคัญในความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย และดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย

ความกล้าในการตัดสินใจ (Courage) การเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตัดสินใจในข้อมูล ดังนั้นผู้เรียนจะต้องมีความกล้าในการตัดสินใจ เช่น ตัดสินใจตั้งสมมติฐานเพื่อนำมาแก้ปัญหา

ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Creativity) เป็นความสามารถในการคิดที่กว้างขวาง คิดไกลกว่าขอบเขตปกติ โดยใช้จินตนาการในการคิดที่กว้างไกล หรือใช้แนวคิดในการแก้ปัญหาได้อย่างหลากหลาย เช่น การแสดงความคิดเห็นต่อกรณีปัญหา

การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ได้รับความเชื่อว่าจะทำให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหา และทำให้ผู้เรียนมีความรักที่จะเรียนรู้อย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต จึงเป็นวิธีการที่ตอบสนองต่อความต้องการทางวิชาชีพในทุกสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพต่างๆ อย่างไรก็ตามการที่ผู้เรียนจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักได้นั้นอาจารย์ผู้สอนจะต้องจัดสถานการณ์หรือพิจารณาถึงทฤษฎีการศึกษาที่ว่าด้วยเงื่อนไข 3 ประการ ซึ่งสนับสนุนการเรียนรู้ให้บังเกิดผลดี

สถานการณ์ปัญหา (Problems)

สถานการณ์ปัญหา ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและเป็นหัวใจของการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก สถานการณ์ปัญหาต้องเลือกปัญหาที่พบบ่อยในสถานการณ์จริงและสร้างปัญหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร สถานการณ์ปัญหาที่ดีจะต้องน่าสนใจและกระตุ้นให้ผู้เรียนสามารถอภิปรายและเรียนลงไปในระดับลึกจนเข้าใจแนวคิดของปัญหามากกว่าการท่องจำ สามารถเชื่อมโยงความรู้เดิมของผู้เรียนกับข้อมูลใหม่

กระบวนการกลุ่ม (Group process)

กระบวนการกลุ่มของผู้เรียนจะเป็นบรรยากาศที่เอื้อต่อการช่วยกันเรียนรู้หรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับผู้เรียนทุกคนและผู้สอนที่จะร่วมมือร่วมใจกันสร้างขึ้นมา การแสดงความคิดเห็นของกลุ่มและการอภิปรายต่างๆ ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ความคิดเห็นทุกประเด็นจะต้องได้รับการยอมรับ และรวบรวมไว้เพื่อนำไปช่วยกันพิจารณาถึงความเป็นไปได้และความถูกต้องเพื่อสร้างสมมติฐานต่อไป

2. หัวข้อของการอภิปรายจะต้องอยู่ในข่ายที่เกี่ยวข้องกับสมมติฐาน ไม่ควรมีการอภิปรายกันนอกประเด็น

3. นำความเป็นจริงของเหตุการณ์มาใช้ในการพิจารณาทดสอบสมมติฐาน

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

อิงเกล (Engle, 1997) และมนสภรณ์ วิฑูรเมธา (2544) ได้เสนอแนวคิดของการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักว่าจะมี "ปัญหา" เป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการศึกษาด้วยตนเองในกระบวนการกลุ่มของผู้เรียน ดังนั้นขั้นตอนการเรียนการสอนหลักๆ จะเป็นของผู้เรียน เพราะการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นวิธีการเรียนการสอน

ที่แตกต่างอย่างชัดเจนจากวิธีบรรยายเดิม ไม่ใช่เป็นเพียงวิธีการเรียนเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการของการเรียน เนื่องจากวิธีการของการเรียนการสอนวิธีนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ของการเรียนให้ผู้เรียนมีความรู้ในเนื้อหาวิชาเพียงอย่างเดียว แต่มีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาทักษะและความสามารถด้านต่างๆ โดยอาศัยสถานการณ์ปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นและเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง และมีกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและการทำงานเป็นกลุ่ม

อานุภาพ เลขะกุล (2550) ได้กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ซึ่งในการจัดการเรียนรู้นั้นจะจัดผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย ขนาดประมาณ 8-10 คน โดยมีผู้สอนประจำกลุ่ม 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ (Facilitator) โดยกระบวนการในการจัดการเรียนรู้จะประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. เมื่อผู้เรียนได้รับโจทย์ปัญหา ผู้เรียนจะทำความเข้าใจหรือทำความกระจ่างในคำศัพท์ที่อยู่ในโจทย์ปัญหานั้นเพื่อให้เข้าใจตรงกัน

2. การจับประเด็นข้อมูลที่สำคัญหรือระบุปัญหาในโจทย์

3. ระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหา อภิปรายหาคำอธิบายแต่ละประเด็นปัญหาว่าเป็นอย่างไรเกิดขึ้นได้อย่างไร ความเป็นมาเป็นอย่างไร โดยอาศัยพื้นฐานความรู้เดิมเท่าที่ผู้เรียนมีอยู่

4. ตั้งสมมติฐานเพื่อตอบปัญหาประเด็นต่างๆ พร้อมจัดลำดับความสำคัญของสมมติฐานที่เป็นไปอย่างมีเหตุผล

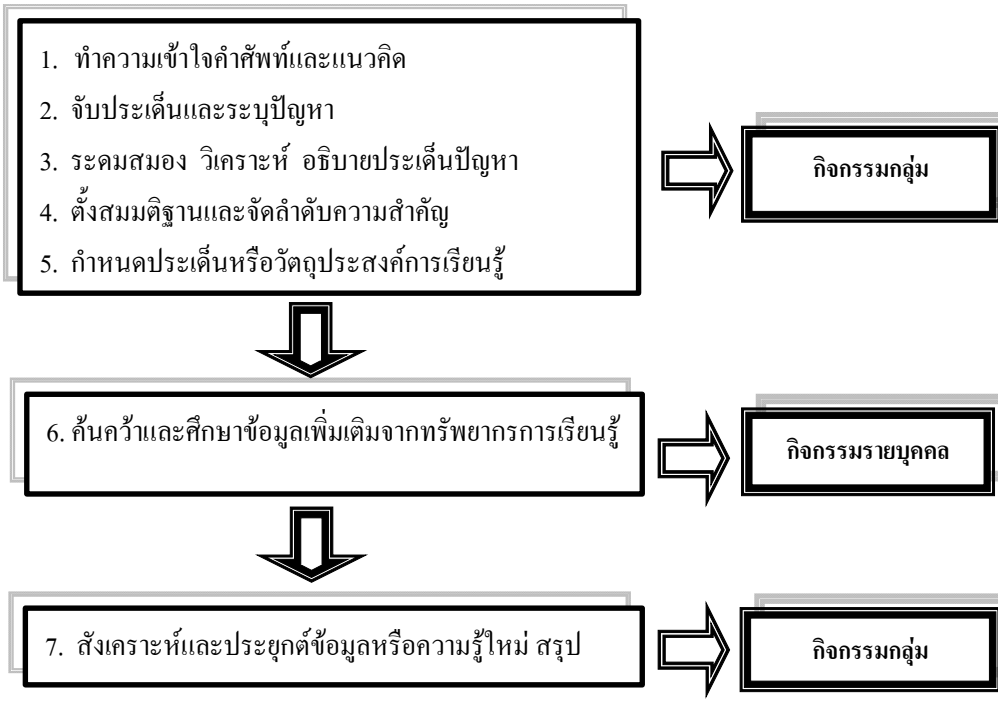
5. จากสมมติฐานที่ตั้งขึ้น ผู้เรียนจะประเมินว่าตัวผู้เรียนมีความรู้เรื่องอะไรบ้าง มีเรื่องอะไรที่ยังไม่รู้หรือขาดความรู้ และความรู้อะไรจำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อพิสูจน์สมมติฐานซึ่งเชื่อมโยงกับโจทย์ปัญหาที่ได้ขั้นตอนนี้กลุ่มจะกำหนดประเด็นการเรียนรู้ (Learning issue) หรือวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning objective) เพื่อจะไปค้นคว้าหาข้อมูลต่อไป

6. ค้นคว้าหาข้อมูลและศึกษาเพิ่มเติมจากทรัพยากรการเรียนรู้ต่างๆ เช่น หนังสือ ตำรา วารสาร สื่อการเรียนต่างๆ การศึกษาในห้องปฏิบัติการ คอมพิวเตอร์ช่วยสอน อินเทอร์เน็ต หรือปรึกษาอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหาสาขาเฉพาะ เป็นต้น พร้อมทั้งประเมินความถูกต้อง

7. นำข้อมูลหรือความรู้ที่ได้มาสังเคราะห์ อธิบาย พิสูจน์สมมติฐาน และประยุกต์ให้เหมาะสมกับโจทย์ปัญหา พร้อมสรุปเป็นแนวคิดหรือหลักการทั่วไป

ขั้นตอนที่ 1-5 เป็นขั้นตอนภายในกระบวนการกลุ่มในห้องเรียน ขั้นตอนที่ 6 เป็นกิจกรรมของผู้เรียนรายบุคคลนอกห้องเรียน และขั้นตอนที่ 7 เป็นกิจกรรมที่กลับมาในกระบวนกลุ่มอีกครั้งดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem Based Learning : PBL) 7 ขั้นตอน



ที่มา : อานุภาพ เลขะกุล, การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem Based Learning) (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550) : 70.

สเตปเพียน และแกลแลกเกอร์ (Stepien and Gallagher 1993, อ้างถึงใน วัชรา เล่าเรียนดี, 2550) ได้นำเสนอขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ดังนี้คือ

ขั้นที่ 1 เข้าสู่ปัญหาและนิยามปัญหา ผู้เรียนจะได้รับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจริงให้อ่านวิเคราะห์ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้น หรือให้ดูจากภาพ จาก VDO จากสถานที่จริง โดยอาจให้ตั้งคำถาม ถามตัวเองว่า

1) รู้อะไรบ้างเกี่ยวกับปัญหาหรือคำถามนี้

2) จำเป็นต้องรู้อะไรบ้างเพื่อจะได้แก้ปัญหานี้ได้

3) ต้องใช้ข้อมูลสื่อการเรียนรู้อะไรบ้างเพื่อจะได้แนวทางการแก้ปัญหาหรือสมมติฐาน

ในขั้นตอนก็ควรได้คำถามที่ชัดเจน ถึงแม้ว่าแนวทางการแก้ปัญหานั้นจะต้องใช้ความรู้ใหม่เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหา

ขั้นที่ 2 หาข้อมูล รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประเมินข้อมูลและนำไปใช้เมื่อผู้เรียนได้ปัญหาที่ชัดเจนจากขั้นที่ 1 ผู้เรียนจะต้องศึกษาข้อมูลต่างๆ หรือสื่อต่าง ๆ ที่ต้องใช้ซึ่งข้อมูลและสื่อต่างๆ ต้องมีการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความคุ้มค่าก่อนนำไปใช้แก้ปัญหา

ขั้นที่ 3 สังเคราะห์ข้อมูลและปฏิบัติ เป็นขั้นที่ผู้เรียนสร้าง หรือกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา อาจมีการสร้างสื่อประกอบหรือจัดการกับสาระความรู้ใหม่ ซึ่งแตกต่างจากการทำรายงานธรรมดา แต่เป็นการนำเสนอแนวทาง วิธีการแก้ปัญหาที่ชัดเจน และดำเนินการแก้ปัญหา สรุปผล หรือหลักการทั่วไปที่ได้จากการแก้ปัญหาและนำเสนอผลการเรียนรู้ในชั้นเรียน

เซวอย และฮิวจ์ (Savoil and Hugles 1994, อ้างถึงในวัชรา เล่าเรียนดี, 2550) ได้เสนอขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ไว้ดังนี้คือ

1. ระบุปัญหาที่เหมาะสมสำหรับผู้เรียน
2. เชื่อมโยงปัญหากับบริบทของผู้เรียน เพื่อให้โอกาสในการปฏิบัติจริง
3. มอบหมายความรับผิดชอบให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวเองให้วางแผนแก้ปัญหา
4. กระตุ้นความร่วมมือ โดยการจัดกลุ่มให้ร่วมกันเรียนรู้และปฏิบัติงาน
5. ตั้งความคาดหวังหรือกำหนดเป้าหมายว่าผู้เรียนจะต้องแสดงหรือนำเสนอผล การเรียนรู้ของตัวเองโดยแสดงผลงาน ชิ้นงาน หรือการปฏิบัติงานให้ดู
6. วิธีการวัดประเมินผลเป็นการประเมินผลทั้งความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถที่แสดงออกด้วย การให้เหตุผลที่ถูกต้อง เป็นเหตุเป็นผล ใช้ข้อมูลอ้างอิงที่มาจากความเข้าใจมากกว่าการท่องจำและประเมินชิ้นงานตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยใช้ Rubrics score

บาร์บารา (Barbara 1995, อ้างถึงในวัชรา ล่าเรียนดี, 2550) ได้เสนอขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักไว้ดังนี้คือ

1. ผู้เรียนได้รับการเสนอปัญหา เช่น จากกรณีปัญหาจากงานวิจัย โดยให้ดูวีดิทัศน์ เป็นต้น
2. จัดผู้เรียนเข้าสู่กลุ่ม 4-5 คน ระดมความรู้จากความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและพยายามที่จะนิยามปัญหาให้ชัดเจน
3. ผู้เรียนช่วยกันเสนอปัญหาต่างๆ จากประเด็นที่ได้รับหรือเรียกว่าเป็น "ประเด็นที่ต้องเรียนรู้" ในเรื่องที่พวกเขายังไม่เข้าใจ ผู้เรียนจะได้รับการกระตุ้นให้ระบุเรื่องที่รู้และไม่รู้ต่างๆ
4. ผู้เรียนช่วยกันจัดอันดับความสำคัญของประเด็นที่ต้องศึกษาและเรียนรู้ ผู้เรียนร่วมกันตัดสินใจปัญหาต่างๆ ที่จะสืบหาความรู้ คำตอบ ผู้เรียนอาจจะมอบหมายงานเป็นรายบุคคล บางประเด็นอาจจะมอบหมายงานแบบกลุ่มร่วมกันศึกษา ผู้สอนและผู้เรียนอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับแหล่งความรู้และแหล่งเรียนรู้
5. ผู้เรียนร่วมประชุมกันใหม่เพื่อศึกษาเรื่องต่างๆ ที่กำหนดไว้บูรณาการความรู้ใหม่ที่ได้ให้เข้ากับบริบทของปัญหา ร่วมกันสรุปความรู้ เชื่อมโยงความคิดรวบยอดใหม่กับความคิดรวบยอดเดิม ทำความเข้าใจกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ในขณะที่แก้ปัญหา และผู้เรียนจะพบว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามกระบวนการโดยตลอด และมีเรื่องใหม่ๆ ที่ต้องศึกษาเสมอ

วัชรา เล่าเรียนดี (2550)ได้สรุปแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ดังนี้

1. จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เผชิญกับปัญหา ได้แสวงหาค้นพบปัญหาด้วยตัวเอง (จัดสถานการณ์ บทบาทสมมติ เรื่องสั้น หรือใช้วีดิทัศน์ เป็นต้น)
2. จัดกลุ่มผู้เรียนร่วมมือกันเรียนรู้ (3-5 คน) ให้ผู้เรียนร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาให้ชัดเจน
3. ให้ผู้เรียนถามคำถามในเรื่องที่เขาสงสัย ไม่รู้ หรือไม่เข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหา (ผู้สอนคอยกระตุ้นให้ผู้เรียนถามคำถาม)
4. ผู้เรียนร่วมกันคิดหาวิธีแก้ปัญหา วางแผนแก้ปัญหา และระบุสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้
5. ผู้เรียนร่วมกันแสวงหาความรู้และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อแก้ปัญหา
6. ผู้เรียนร่วมกันแก้ปัญหา หาคำตอบของปัญหาที่เลือก และนำเสนอผลการเรียนรู้หรือผลการ

แก้ปัญหา อาจจะนำเสนอในรูปโครงงาน การแสดงนิทรรศการ แสดงผลงานและผลการหาคำตอบของปัญหา

7. ร่วมกันประเมินผลการทำงานกลุ่มและผลงานกลุ่ม นำเสนอข้อเสนอแนะในการพัฒนาการเรียนรู้ต่อไป

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยของนักการศึกษาเกี่ยวกับหลักการ ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก สรุปขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ได้ดังนี้

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ที่เป็นองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักของนักการศึกษา สามารถสรุปขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทำความเข้าใจคำศัพท์ ข้อความที่ปรากฏอยู่ในปัญหา แนวคิดและประเด็นปัญหาให้ชัดเจน 2) ระบุและวิเคราะห์ปัญหา 3) ตั้งสมมติฐานและจัดลำดับความสำคัญ 4) กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 5) ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม และ 6) สังเคราะห์และประยุกต์ข้อมูลหรือความรู้ใหม่ สรุปเป็นหลักการและแนวทางเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นต่อไป (วัชรา เล่าเรียนดี, 2552; อานุภาพ เลขะกุล, 2550; Kiatkamjorn Kusol, 2007; ทองจันทร์ หงศ์ลดารมภ์, 2544; และเฉลิม วราวิทย์, 2531)

สรุปได้ว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักนั้นเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนที่ดีมากที่สุดวิธีหนึ่ง เพราะสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างความรู้ (Constructivist theory) คือทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิดวิเคราะห์ คิดแก้ปัญหา และคิดอย่างสร้างสรรค์ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียน และได้ลงมือปฏิบัติมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีโอกาสออกไปแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง จากแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกสถานศึกษา ในส่วนของอาจารย์ผู้สอนบทบาทของการเป็นผู้ควบคุมในชั้นเรียนจะลดลงและผู้เรียนจะมีอำนาจในการจัดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมากขึ้น ส่วนจะหาความรู้ใหม่ๆ ได้มากหรือน้อยแค่ไหน ก็แล้วแต่ความประสงค์ของผู้เรียน เนื่องจากผู้เรียนเป็นฝ่ายรับผิดชอบการเรียนรู้ของตน ซึ่งการที่ผู้เรียนต้องแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้การเรียนรู้เกิดขึ้นเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning process) เพราะความรู้เดิมที่ผู้เรียนมีอยู่แล้วจะถูกนำมาเชื่อมโยงให้เข้ากับความรู้ใหม่ตลอดเวลา จึงทำให้ผู้เรียนเป็นคนทันเหตุการณ์ทันโลก และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมโลกในอนาคตได้อย่างดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง

จิราภรณ์ พิมใจใส. (2553). *การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามทฤษฎีการสร้างความรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล.* นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

เฉลิม วราวิทย์. (2531) “แนวคิดใหม่ในแพทยศาสตรศึกษา.” ใน*วารสารครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 16(มกราคม-มีนาคม), ก-ฐ.

ทองจันทร์ หงศ์ลดารมภ์. (2544). “การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก.” ใน *ข่าวสารกองบริการการศึกษา* 12(89), 5-11.

_____. (2537). “การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก.” ใน *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ.* กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ Basanti Majumdar. (2544). *การเรียนรู้โดยใช้ปัญหา.* กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค.

มนสภรณ์ วิฑูรเมธา. (2544). "การเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem Based Learning/ PBL)." *รังสิตสารสนเทศ,* 7(1), 57-69.

ยุรวัฒน์ คล้ายมงคล. (2545). *การพัฒนากระบวนการเรียนการสอนโดยการประยุกต์แนวคิดการใช้ปัญหาเป็นหลักในการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีความสามารถพิเศษทางคณิตศาสตร์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน ภาควิชามัธยมศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยุวดี ฤาชา. (2536). *การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการจัดการเรียนแบบที่ใช้ปัญหาเป็นหลักสำหรับอาจารย์พยาบาล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

วัชรา เล่าเรียนดี. (2552). *เทคนิคและยุทธวิธีพัฒนาทักษะการคิด การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ.* นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร.

_____. (2550). *เทคนิคและยุทธวิธีพัฒนาทักษะการคิด การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ.* นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร.

วัลลี สัตยาศัย. (2547). *การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก : รูปแบบการเรียนรู้โดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง.* กรุงเทพมหานคร : บริษัทบุ๊คเน็ท จำกัด.

วิชนีย์ ทศศะ. (2547). *การเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ เรื่องสิ่งแวดล้อม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่จัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก และแบบสืบเสาะหาความรู้.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการนิเทศ ภาควิชาหลักสูตรและวิธีสอน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

วิไลพร สุตันไชยนนท์. (2546). *ปฏิสัมพันธ์ของสถานการณ์ปัญหาที่นำเสนอบนเว็บ และการสนับสนุนการเรียนในการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักที่มีต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาทันตแพทย์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา ภาควิชาโสตทัศนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุปรียา วงษ์ตระหง่าน. (2546). "การจัดการเรียนการสอนที่ใช้ปัญหาเป็นหลัก." ใน*ข่าวสารกองบริการการศึกษา,* 14(101), 1-4.

อานุภาพ เลขะกุล. (2550). "การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based Learning)." ใน ไพฑูรย์ สินลารัตน์, บรรณาธิการ. *อาจารย์มืออาชีพ: แนวคิด เครื่องมือ และการพัฒนา.* กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุดม รัตนอัมพรโสภณ. (2544). *ผลของการสื่อสารในเวลาเดียวกันและต่างเวลากันในการเรียนรู้ผ่านเว็บโดยใช้ปัญหาเป็นหลักที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับปริญญาตรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา ภาควิชาโสตทัศนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Branda, L. A. (1986). *Problem-Based Learning Programs.* Manila: WHO Publication, Changes in Education for National Health Manpower for the twenty-first Century.

Barrows, H. S. (1994). *Practice-based Learning: Problem-based Learning Applied to Medical Education*. Southern Illinois University School of Medicine. Illinois: Springfield.

Barrows, H. S., and Tymblyn, R. M. (1980). *Problem-based Learning: An Approach to Medical Education*. NewYork : Springer Publishing Company.

Engle, C. E. (1997). "Not Just a Method but a Way of Learning." in D. Boudand G. Feletti (Eds.). *The challenge of Problem-based Learning*. Revised ed. NewYork : St. Martin's Press.

Kiatkamjorn, Kusol. (2007). "The Influence of Problem-Based Learning on Critical Thinking Skills on Nursing Students in Children and Adolescents Nursing Practicum. Handout of the International Conference on Problem-Based Learning." in *A Curriculum Model for Educational Reform* 2-4 May 2007 at Walailak University Nakhon Si Thammarat, Thailand.

Roger, C. (1969). *Freedom to Learn*. Columbus, Ohio : C.E. Merrill Publishers.

Sungur, S., Tekkaya, C., and ömer, Geban. (2006). "Improving Achievement Through Problem-based Learning." *Journal of Education Research*, 40(4), 155-160.

Walton, H. J., and Matthews, M. B. (1989). "Essentials of Problem-Based Learning." *Journal of Medical Education,* 23, 542-558.

Yalcin, B. M., Karahan, T. F., Karadenizli, D., and Sahin, E. M. (2006). "Short-term Effects of Problem-based Learning Curriculum on Students' Self-directed Skills Development." *Croatian Medical Journal,* 47(3), 491-198.

คาเฟอีนในขนมและเครื่องดื่มที่พ่อแม่ควรตระหนัก

Parents Awareness towards Caffeine in Food and Drink

ทิพวัลย์ ธีรสิริโรจน์*

บทคัดย่อ

คาเฟอีน เป็นสารในกลุ่มอัลคาลอยด์ เป็นสารที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติพบได้ในพืชมากกว่า 60 ชนิด และจะสร้างคาเฟอีนขึ้นสะสมในส่วนต่างๆ ในปริมาณมากน้อยต่างกันตามชนิดและสายพันธุ์ แต่ที่เรารู้จักคุ้นเคยเป็นอย่างดีและนิยมบริโภค ได้แก่ ใบชา เมล็ดกาแฟ เมล็ดโกโก้ ผลโคล่า ซึ่งมีการนำวัตถุดิบธรรมชาติที่มีคาเฟอีนดังกล่าวผสมลงไปในอาหารและเครื่องดื่ม เช่น อาหารธัญพืช เค้ก คุกกี้ เวเฟอร์และไอศครีม รสกาแฟ หรือรสช็อกโกแลต นมรสกาแฟ รสช็อกโกแลต น้ำอัดลมประเภทน้ำดำ คุกกี้รสกาแฟ ช็อกโกแลต จากการศึกษาพบว่าอาหารหรือเครื่องดื่มดังกล่าวล้วนเป็นอาหารที่เด็กและวัยรุ่นบริโภคในปริมาณที่สูงขึ้น ซึ่งการได้รับคาเฟอีนเข้าไปในระยะยาวจะเกิดผลเสียกับสุขภาพเด็กและวัยรุ่นโดยการติดคาเฟอีนของเด็กและวัยรุ่น จะแสดงออกมาในรูปของการเรียกร้องที่จะรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มเหล่านั้นบ่อยๆ ซึ่งอาหารลักษณะนี้เป็นวัฒนธรรมการรับประทานแบบตะวันตก ซึ่งเข้ามามีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย และยังทำให้การรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลของชาวไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางสติปัญญาและร่างกายและก่อให้เกิดเป็นปัญหาของประเทศได้ ดังนั้นแนวทางการป้องกันควรเริ่มต้นที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ใกล้ชิดเด็ก รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาของ ครู โรงเรียน และรัฐบาล

Abstract

Caffeine is one of the substance found in alkaloid products. As such, it is a natural substance mainly found in plants of over sixty species and built up caffeine to collect in different parts and different amount according to species. The common natural caffeine found in the collection of its different parts in smaller quantities, species and strains. However, huge consumption of these caffeinated products we knew are the

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

coffee beans, tea leaves, cocoa beans and kola nuts. Respectively, caffeine is commonly used to mixed in foods and drinks such as cereals, cakes, cookies, wafers, and coffee ice cream or chocolate coffee and chocolate milk, soft drinks, coffee or chocolate cookies. The study found that caffeinated food or drinks that most of children consumed are in large amount. Children and adolescents who engaged in long term caffeine consumption affects their health that will lead to caffeine addiction which were claimed by vast majority as due to its frequent consumption. All of these caffeinated food and drinks mentioned were influenced by the western culture that has also influenced the current traditional culture in Thailand and that also affects its rapid increased in the society's trend of consuming flour and sugary caffeinated foods, hence, this may as well affect the development of child's physical and intellectual development which poses a major problem to the country. Therefore, the preventive guidelines should be started with parents or guardians in cooperation with teachers and government sectors as a whole in solving the problem.

บทนำ

การบริโภคคาเฟอีนของมนุษย์มีมานานนับเป็นพันๆปี และมีความนิยมการบริโภคกระจายไปยังทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีแนวโน้มการบริโภคที่สูงขึ้น โดยเริ่มจากการบริโภคของผู้ใหญ่จนกระทั่งมีการพัฒนาอุตสาหกรรมทางอาหารและเครื่องดื่ม จึงทำให้เด็กและวัยรุ่นเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ให้ความนิยมในการบริโภคคาเฟอีนมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดผลเสียสุขภาพในระยะยาวและส่งผลให้เกิดปัญหาในระดับประเทศได้ ดังนั้นผู้ที่มีอิทธิพลต่อเด็กในการบริโภคมากที่สุดคือพ่อแม่และผู้ปกครองควรมีความรู้และตระหนักถึงการบริโภคคาเฟอีนของบุตรหลาน

มารู้จักคาเฟอีนกันเถอะ

คาเฟอีน (Caffeine) เป็นสารในกลุ่มอัลคาลอยด์ที่มีชื่อทางเคมีคือ 1, 3, 7 Trimethylxanthine. มีลักษณะเป็นสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มีน้ำหนักโมเลกุลค่อนข้างน้อย ละลายได้ดีในน้ำร้อนละลายได้เล็กน้อยในแอลกอฮอล์เป็นสารที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติพบได้ในพืชมากกว่า 60 ชนิดและจะสร้างคาเฟอีนขึ้นสะสมในส่วนต่างๆ ในปริมาณมากน้อยต่างกันตามชนิดและสายพันธุ์ แต่ที่เรารู้จักคุ้นเคยเป็นอย่างดีและนิยมบริโภค ได้แก่ ใบชา เมล็ดกาแฟ เมล็ดโกโก้ ผลโคล่า (ที่ใช้เป็นส่วนประกอบในน้ำอัดลมสีน้ำตาลดำ) ที่ในใบชาพบว่ามีปริมาณคาเฟอีนมากที่สุด คือ 2.7 – 4.1 กรัมต่อปริมาณชา 100 กรัม ในเมล็ดกาแฟมีคาเฟอีนรองลงมา คือ 0.8–1.3 กรัม ต่อ 100 กรัม เมล็ดโกโก้มี 0.7–1.7 กรัม ต่อ 100 กรัม ผลโคล่ามีคาเฟอีน 1.0 – 2.2 กรัม ต่อ 100 กรัม คาเฟอีนถูกดูดซึม ได้ดีจากทุกส่วนของทางเดินอาหาร โดยเฉพาะลำไส้เล็กเป็นส่วนที่มีการดูดซึมมากที่สุดเพราะมีพื้นที่การดูดซึมมาก คาเฟอีนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดภายในร่างกายเราไม่เกิน 1 ชั่วโมง แต่ถ้าได้รับคาเฟอีนเข้าไปขณะท้องว่างหรือกำลังหิว จะถูกดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือดและออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วภายใน 15– 30 นาที เพราะเหตุนี้จึงทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า ขึ้นมาหลังจากได้รับคาเฟอีนเข้าไป คาเฟอีนจะกระจายไปยังสมอง หัวใจ ตับ และไตอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังกระจายไปทุกส่วนของร่างกาย คาเฟอีนถูกเผาผลาญที่ตับ มีการ

ออกฤทธิ์ในร่างกายประมาณ 3-6ชั่วโมง ปกติจะไม่มีการสะสมในร่างกาย ยกเว้นผู้ป่วยโรคตับหรือผู้ที่มีการทำงานของตับลดลง ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ความสามารถในการกำจัดคาเฟอีนของตับจะลดลงด้วย เมื่อได้รับยาหรือสารกำจัดคาเฟอีน เช่น ยาคุมกำเนิดที่มี Eatradiol แอลกอฮอล์ อาจทำให้ คาเฟอีนสะสมในร่างกาย จนเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ ได้หากบริโภคมากเกินไป เช่น มือสั่น มึนงง ปวดศีรษะ เป็นต้น การได้รับคาเฟอีนในปริมาณน้อยร่างกายจะมีกลไกกำจัดออกทางปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมง แต่ทารกจะขจัดคาเฟอีนได้ช้ามาก

ผลของคาเฟอีนต่อสุขภาพ

สารคาเฟอีนนั้นเป็นสารที่สามารถออกฤทธิ์ต่อระบบของร่างกาย หลายระบบคือ การออกฤทธิ์ของคาเฟอีนต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การได้รับคาเฟอีนเป็นประจำหรือไม่ ขนาดและความถี่ของคาเฟอีนที่ได้รับ ความไวของแต่ละบุคคลต่อการออกฤทธิ์ของคาเฟอีนซึ่งก็จะทำให้มีผลข้างเคียงหรือพิษของคาเฟอีนเกิดขึ้นได้ เช่น ทำให้มือสั่น เพิ่มความเครียด กระวนกระวาย หัวใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับ และยังมีผลต่อคนเป็นโรคกระเพาะ ซึ่งจะทำให้มีการหลั่งกรดในกระเพาะเพิ่มขึ้น

ผลต่อสมอง

กลไกการออกฤทธิ์ของคาเฟอีนจะไปยับยั้งการทำงานของสารอะดีโนซีน (Adenosine) ซึ่งเป็นสารเคมีที่ห้ามการหลั่งของสื่อประสาทในร่างกาย เมื่อสารอะดีโนซีนไม่สามารถทำงานได้ ทำให้เซลล์ประสาทมีความไวมากกว่าปกติ ทำให้ผู้บริโภค มีความตื่นตัว ความคิดฉับไว ไม่ง่วงนอน กระปรี้กระเปร่า รู้สึกมีพลังทำงานได้นาน ขนาดของคาเฟอีนที่เริ่มมีฤทธิ์ในการกระตุ้นสมอง คือ 40 มิลลิกรัมขึ้นไป ปัจจุบันในวงการธุรกิจมักจะเรียกเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนว่าเครื่องดื่มชูกำลัง แสดงให้เห็นภาพของการเสริมสร้างพละกำลังดื่มแล้วไม่ง่วง มีเรี่ยวแรง สามารถทำงานได้มากๆ แม้ว่าจะรู้สึกอ่อนเพลียเหนื่อยล้าและง่วงนอนเพียงใด คาเฟอีนในขนาดสูงจะทำให้นอนไม่หลับ ลดระยะเวลาหลับและหลับไม่สนิท มือสั่น เกิดอาการวิตกกังวล คาเฟอีนในขนาดที่เป็นพิษอาจทำให้ชักได้ โดยเฉพาะเด็ก พบว่าการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในปริมาณมากเกินไปอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางสติปัญญาและร่างกายได้ นอกจากนั้นคาเฟอีนยังเสริมฤทธิ์ยาระงับปวด เช่น แอสไพริน พาราเซตามอลและยังเสริมฤทธิ์ยาระงับอาการปวดศีรษะชนิดไมเกรนได้ แต่ไม่มีฤทธิ์เพิ่มความจำและอาจทำให้การตอบสนองของร่างกายช้าลงได้

ผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต

คาเฟอีนกระตุ้นการหลั่งอะดรีนาลีนและโดปามีน ฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอะดรีนาลีน ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ใจสั่น ความดันโลหิตสูง ตับเร่งผลิตน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดเร็วขึ้น กล้ามเนื้อตื่นตัวพร้อมทำงาน ทำให้เป็นเหมือนยาชูกำลัง คาเฟอีนทำให้หัวใจเต้นช้าลงเล็กน้อยในชั่วโมงแรก และเต้นเร็วขึ้นในชั่วโมงที่2 และ 3 ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นประมาณ 5-10 มิลลิเมตรปรอทและเพิ่มขึ้นนานประมาณ 2-3 ชั่วโมง แต่จะมีการทนต่อผลของคาเฟอีนที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ในผู้ที่รับคาเฟอีนเป็นประจำส่วนฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งโดปามีนทำให้รู้สึกผ่อนคลายสบายใจสุขลึกๆ เชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ติดคาเฟอีน

ขณะนี้ยังไม่มีหลักฐานว่าคาเฟอีนเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดโลหิตเลี้ยงหัวใจอุดตัน และโรคของระบบไหลเวียนโลหิตอื่นๆ รวมทั้งไม่ได้ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากกว่าผู้ที่ไม่ได้บริโภคคาเฟอีนอย่างไรก็ตาม การบริโภคคาเฟอีนในขนาดสูงเกินไปอาจไม่ดีต่อระบบไหลเวียนในระยะยาวได้

ผลต่อการนอนหลับ

ผลของคาเฟอีนต่อการนอนหลับมีความชัดเจนต่อผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์มาก กล่าวคือ คาเฟอีนจะเพิ่มระยะเวลาที่ใช้ก่อนหลับให้ยาวนานมากขึ้นและลดระยะเวลาในการนอนหลับให้สั้นลง โดยผลเช่นนี้อาจเกิดขึ้นได้จากการดื่มกาแฟที่ชงแก่ๆ เพียงถ้วยเดียวก่อนนอน 1 ชั่วโมงเท่านั้นหรือได้รับคาเฟอีนสูงกว่า 150 มิลลิกรัมต่อวัน (สุธีรา สัตย์ซื่อ, 2553)

การดื่มกาแฟทั้งชนิดธรรมดาและชนิดสกัดจากคาเฟอีนออก จะเพิ่มการหลั่งของกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารสูงกว่าคาเฟอีนถึง 2 เท่า ผู้ที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้จึงควรหลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟทุกชนิดรวมทั้งเครื่องดื่มหรืออาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

การดื่มกาแฟทั้งชนิดธรรมดาหรือชนิดที่สกัดจากคาเฟอีนออกจะเพิ่มการหลั่งของกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารสูงกว่าคาเฟอีนถึง 2 เท่า ผู้ที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้จึงควรหลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟทุกชนิด รวมทั้งเครื่องดื่มหรืออาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ

ผลต่อระบบกระดูก

แม้ว่าจะมีรายงานในระยะแรกว่าการดื่มกาแฟทำให้ร่างกายสูญเสียแคลเซียม ซึ่งอาจทำให้กระดูกเปราะบางและหักง่าย โดยอ้างอิงฤทธิ์ของคาเฟอีนในการเพิ่มการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะ อย่างไรก็ตามรายงานส่วนใหญ่ที่พบว่าการดื่มกาแฟทำให้มีการสูญเสียแคลเซียม กระดูกเปราะบาง กระดูกหักง่ายนั้นมักจะเกิดจากการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ไม่รัดกุมเพียงพอ เช่นการที่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย ดื่มนมหรือได้รับแคลเซียมน้อย หรือมีการสูบบุหรี่ งานวิจัยในระยะหลังที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างรัดกุมพบว่าการดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ไม่ทำให้มีการเสียสมดุล ของแคลเซียมในร่างกายไม่ทำให้กระดูกเปราะบางและหักง่าย

ผลต่อระบบสืบพันธุ์

สำหรับผลเสียในการตั้งครรภ์นั้นการวิจัยยังไม่สามารถชี้ถึงผลเสียด้านนี้ได้ชัดเจน

ผลต่อการเกิดมะเร็ง

แม้ว่าจะมีงานวิจัยทางระบาดวิทยาในระยะแรกชี้ว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งหลายชนิด ในงานวิจัยที่ชี้ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนกับการเกิดมะเร็งนั้น ส่วนใหญ่ผลที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้จึงทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าคาเฟอีน เป็นสาเหตุในการเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งและงานวิจัยในจำนวนมากในระยะหลังกลับไม่พบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมีผลต่อการเกิดมะเร็ง นอกจากนั้นในปี 2534 คณะกรรมการด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์ ได้สรุปว่าไม่มีหลักฐานบ่งชี้เพียงพอว่าคาเฟอีนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งในคน (http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=327.)

คาเฟอีนในอาหาร

คาเฟอีนเป็นสารที่เราคุ้นเคยว่าอยู่ในกาแฟแต่แท้จริงแล้วคาเฟอีนเป็นสารที่พบได้ในอาหารและเครื่องดื่มหลายชนิด เช่น ชา น้ำอัดลมรสโคลา เครื่องดื่มชูกำลัง ช็อกโกแลตที่ผลิตโกโก้ ซึ่งในอาหารและเครื่องดื่มแต่ละชนิดจะมีปริมาณคาเฟอีนแตกต่างกันจึงขอยกตัวอย่างปริมาณคาเฟอีนที่มีในอาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่ายทั่วไปในท้องตลาดปัจจุบัน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ปริมาณคาเฟอีนในกาแฟ

ชนิดของกาแฟ (ปริมาณ 250 มิลลิลิตร หรือ 1 ถ้วย)	ปริมาณคาเฟอีน (มิลลิกรัม)
เอสเพรสโซ	250 - 417
กาแฟพร่องคาเฟอีน	3 - 5

ที่มา : http://www.pharmacy.cma.ac.th/dic/ newsletter/Cafeine.pdf

ตารางที่ 2 ปริมาณคาเฟอีนในชา

ชนิดของชา (ปริมาณ 250 มิลลิลิตร หรือ 1 ถ้วย)	ปริมาณคาเฟอีน (มิลลิกรัม)
ชาดำ	40 - 70
ชาเขียว	25 – 40
ชาเนสที	18
ชาลิปตัน	6

ที่มา : http://www.pharmacy.cma.ac.th/dic/newsletter/Cafeine.pdf

ตารางที่ 3 ปริมาณคาเฟอีนในน้ำอัดลม

ยี่ห้อเครื่องดื่ม (ปริมาณเครื่องดื่ม 250 มิลลิลิตร หรือ 1 ถ้วย)	ปริมาณคาเฟอีน (มิลลิกรัม)
โค้ก	23
โค้กไดเอท	26
เป๊ปซี่	25
เป๊ปซี่ไดเอท	32
7-up, แฟนต้า, สไปรท์	0

ที่มา : http://www.pharmacy.cma.ac.th/dic/newsletter/Cafeine.pdf

ตารางที่ 4 ปริมาณคาเฟอีนในขนมและลูกอม

ชนิดของขนม/ลูกอม	จำนวนตัวอย่าง	ปริมาณคาเฟอีน(ug/g) มัธยฐาน(พิสัย)
เวเฟอร์	20	92(7-287)
คุกกี้	14	106(23-307)
ช็อกโกแลต	14	140.5(59-213)
อาหารธัญพืช	8	53(19-142)
ลูกอม	5	60(0-915)
ไอศกรีม	12	53(10-373)
เค้ก	6	76(23-159)

ที่มา : (ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาตและคณะ, 2548)

ปริมาณคาเฟอีนที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ปัจจุบันถึงแม้ว่าจะไม่มีการกำหนดขนาดการบริโภคที่ปลอดภัย ไม่ว่าจะเป็นค่า Acceptable daily intake (ADI) หรือ Provisional tolerable weekly intake (PTWI) แต่ก็มีการกำหนดเป็นค่า Low dose, Moderate dose และ High dose จากฤทธิ์หรือผลกระทบต่อร่างกาย Low dose คือการได้รับครั้งละ 20-200 mg ทำให้ระบบประสาทตื่นตัวไม่ง่วง (Health and Welfare,1990) Moderate dose คือการได้รับครั้งละ 200-500 mg ส่วนใหญ่จะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เครียด มือสั่นและการได้รับ High dose คือ การได้รับมากกว่า 500 mg ทำให้เกิดอาการอย่างเฉียบพลันหรือคาเฟอีนนิสซึ่ม (Caffeinism) (Lieberman, 1992) คือ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้เบื่ออาหาร และอาจเสียชีวิตหากได้ประมาณ 100 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในเด็กเล็ก หรือประมาณ 3,000 มิลลิกรัมในเด็กโต 5,000 - 10,000 มิลลิกรัมในผู้ใหญ่ตามลำดับ (http://www.thaicarntalk.comindex.php?topic=928.0)

ในกรณีที่ยังไม่มีการกำหนด ปริมาณการบริโภคที่ปลอดภัย แต่มีข้อแนะนำว่าคนทั่วไปควรได้รับคาเฟอีนไม่เกิน 100-300 9มิลลิกรัมต่อวัน (กระทรวงสาธารณสุข,2547)

ทาง Health Canada ได้มีข้อแนะนำปริมาณสูงสุดของการได้รับคาเฟอีนสำหรับเด็กไว้ด้วย เด็กอายุ 4-6 ปี ควรได้รับไม่เกิน 45 mg/วัน เด็กอายุ 7-9 ปีควรได้รับไม่เกิน 62.5 mg/วัน และเด็ก 10-12 ปี ควรได้รับไม่เกิน 85 mg/วัน ซึ่งเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปีไม่ควรดื่มกาแฟ (ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาตและคณะ, 2548)

ปัญหาของคาเฟอีนที่พบได้ในปัจจุบัน คือ มีคนหลายล้านคนทั่วโลกติดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและปัญหาของคาเฟอีนไม่ได้มีเฉพาะในผู้ใหญ่เท่านั้น ปัจจุบันจะเห็นว่าพฤติกรรมผู้บริโภคของเด็กไทยเปลี่ยนไปอย่างมาก จากที่เคยบริโภคขนมไทยๆ กลับเปลี่ยนเป็นช็อกโกแลต เค้ก คุกกี้ ไอศกรีม ซึ่งมีการนำวัตถุดิบธรรมชาติที่มีคาเฟอีนผสมลงไป เช่น เค้กรสกาแฟ หรือรสช็อกโกแลต

นอกจากนี้ยังรวมถึงนมรสกาแฟ รสช็อกโกแลต น้ำอัดลมประเภทน้ำดำ คุกกี้รสกาแฟ ช็อกโกแลต อาหารหรือเครื่องดื่มที่ว่าเหล่านี้จะต้องเป็นของโปรดของเด็กๆ สักสองถึงสามอย่างหรือทั้งหมด ซึ่งการที่เค้กได้รับคาเฟอีนเข้าไปต้องเกิดผลเสียกับสุขภาพเด็กอย่างแน่นอน การติดคาเฟอีนของเด็กก็คงออกมาในรูปของการเรียกร้องที่จะรับประทานหรือเครื่องดื่มเหล่านั้น ซึ่งอาหารลักษณะนี้เป็นวัฒนธรรมการรับประทานแบบตะวันตก ซึ่งเข้ามามีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย และยังทำให้การรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลของชาวไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนของเด็กและวัยรุ่น

จากข้อมูลวิทยานิพนธ์ เรื่อง การศึกษาปริมาณการได้รับขนม และลูกอมในเด็กของนางสาวปานฤทัย ปานวิจิตร์ (2545) นักศึกษาปริญญาโท สาขาพิษวิทยาทางอาหารและโภชนาการ สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าปัจจุบันคาเฟอีนในอาหารที่คนไทยรับประทานทุกวัน มีในน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลมที่มีน้ำสีดำ แต่ยังมีคาเฟอีนผสมอยู่ในขนมและลูกอมต่างๆเช่น ขนมเวเฟอร์ เค้ก และคุกกี้ ลูกอมต่างๆ นม ไอศกรีม เป็นต้น ซึ่งคาเฟอีนเป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาท และมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการรวมถึงพัฒนาการของเด็กๆ ในวัยเรียน

ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาปริมาณการได้รับคาเฟอีนจากขนม และลูกอมในเด็ก ในแต่ละวัน โดยศึกษาในเด็กวัยเรียน 2 กลุ่ม จำนวน 500 คน คือ กลุ่มที่ 1 ระดับอายุ 7–11 ปี จำนวน 250 คน และกลุ่มที่ 2 ระดับอายุ 12–17 ปี จำนวน 250 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มที่ 1 เด็กที่มีอายุ 7 ปี มีการบริโภคขนมและลูกอมรวมกันสูงสุดใน 1 วัน จำนวน 392.8 กรัม ทำให้ได้รับคาเฟอีนเฉลี่ย 60.8 มิลลิกรัม และขนมที่เด็ก ในกลุ่มที่ 1 ชอบกิน คือ เวเฟอร์ ในส่วนของเด็กกลุ่มที่ 2 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีการบริโภคขนมและลูกอมรวมกันสูงสุดใน 1 วัน จำนวน 209.2 กรัม ทำให้ได้รับคาเฟอีนเฉลี่ย 23.1 มิลลิกรัม และเด็กอายุ 14 ปี นิยมบริโภค เค้ก และเวเฟอร์เป็นส่วนใหญ่ และพบอีกว่า

1. ลูกอมรสกาแฟ 1 เม็ด หนัก 3–3.5 กรัม ให้คาเฟอีน 2.7–3.2 มิลลิกรัม
2. ลูกอมรสช็อกโกแลต 1 เม็ด หนัก 3 กรัม ให้คาเฟอีน 0.16 มิลลิกรัม
3. นมรสช็อกโกแลต 1 กล่อง ปริมาณ 200–250 มิลลิกรัม ให้คาเฟอีน 12–15 มิลลิกรัม
4. ขนมเวเฟอร์รสกาแฟ 1 ชิ้น หนัก 9–10 กรัม ให้คาเฟอีน 1.1–1.3 มิลลิกรัม/ชิ้น
5. การดื่มกาแฟ 1 แก้ว(กาแฟ 2 ช้อนชา) ให้คาเฟอีน 80–100 กรัม

นอกจากนั้นจึงพบว่า ในปี พ.ศ.2543 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ร่วมกันทำการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน พบว่าคนไทยอายุ 12 ปีขึ้นไปประมาณ 2 ใน 5 (ร้อยละ 38.6) ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 66.6) ดื่มกาแฟ ชา และประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 77.0) ดื่มน้ำอัดลมที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทย มีความชุกของการบริโภครวมทั้ง 3 ประเภท ประมาณร้อยละ 23.7 โดยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 36.6) สูงกว่า เพศหญิง (ร้อยละ 11.1) ประมาณเกือบ 4 เท่า โดยผู้บริโภคให้เหตุผลในการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนประเภทต่างๆ คือ แก้ง่วงนอน ทำให้สดชื่น และชอบในรสชาติ

จากผลการศึกษาของกุลวดี จงสมชัย (2557) เรื่องการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น (มอดินแดง) โดยใช้แบบสอบถามการบริโภคและแบบบันทึกการบริโภค

ขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน 7 วันและพบว่า นักเรียนมีค่ามัธยฐานของเงินที่ได้รับต่อวันคือ 69.1 บาท นักเรียนรู้จักขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ร้อยละ 89.6 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขนมที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 61.7 และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนจากฉลากผลิตภัณฑ์ ร้อยละ 64.8 ใน 7 วัน นักเรียนบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ร้อยละ 95.7 เหตุผลที่บริโภคคือรสชาติ สถานที่ซื้อคือร้านสะดวกซื้อและนัดเรียนเป็นผู้ซื้อบริโภคเอง โดยนิยมบริโภคขนมในมื้อว่างบ่ายและบริโภคเครื่องดื่มพร้อมอาหารมื้อกลางวัน มัธยฐานของค่าใช้จ่ายในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนคือ 20.0 บาทต่อวัน ความถี่ในการบริโภคคือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยนิยมบริโภคนมรสช็อกโกแลตในมื้อเช้า ร้อยละ 25.6 และบริโภคชาเขียวพร้อมมื้อกลางวันและมื้อว่างบ่ายเท่ากัน ร้อยละ 22.2 ส่วนภาวะโภชนาการของนักเรียน มีนักเรียนที่น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 30.9 และมีภาวะโภชนาการเกินคือมีรูปร่างอ้วนและเริ่มอ้วนทั้งหมด ร้อยละ 18.2 การวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า นักเรียนหญิงมีการบริโภคขนมที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนมากกว่า และนักเรียนชายมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนมากกว่านักเรียนหญิง ด้านแบบแผนในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน พบว่า ชนิดของขนมที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนที่นักเรียนบริโภคบ่อยได้แก่ ขนมหวานช็อกโกแลต/โกโก้ ชนิดของขนมที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนที่นักเรียนชอบบริโภคมากที่สุด คือ ไอศกรีมช็อกโกแลต/โกโก้ ชนิดของเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนที่นักเรียนบริโภคบ่อยได้แก่ นมรสช็อกโกแลต ชนิดของเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนที่นักเรียนชอบบริโภคมากที่สุด คือ น้ำชาทุกชนิด ซึ่งแตกต่างจากปิยะณัฐฏ์ (2553) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างนิยมบริโภคน้ำอัดลมประเภทโคล่า และแตกต่างจาก พันธนันท์ (2541) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างชอบบริโภคน้ำอัดลมประเภทโคล่าเป็นอันดับหนึ่ง เหตุผลที่เลือกบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน คือ ชอบรสชาติและส่วนใหญ่ซื้อขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนจากสะดวกซื้อ บุคคลที่ซื้อขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนให้บริโภค คือ ตัวนักเรียนเอง ค่าใช้จ่ายในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนประมาณ 20-40 บาทต่อวัน โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 20.0 บาทต่อวัน ปริมาณในการบริโภคขนมที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนคือ 3-4 ชิ้น/สกูปต่อครั้ง นักเรียนส่วนใหญ่ชอบบริโภคขนมที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในมื้อว่างบ่ายและบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในช่วงพร้อมอาหารมื้อกลางวัน ปริมาณในการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนคือ 1-2 แก้ว/ขวดต่อครั้ง สอดคล้องกับ ปิยะณัฐฏ์ (2553) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนเพราะชอบรสชาติ ร้านค้าที่ซื้อเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนคือร้านสะดวกซื้อ มีช่วงเวลาในการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนคือช่วงกลางวันและมีปริมาณในการบริโภคเฉลี่ย 1 แก้วต่อวัน

แม้ว่าคาเฟอีนไม่ได้จัดเป็นสารเสพติด ผู้ได้รับอาจติดในลักษณะของการกินจนเป็นนิสัย ส่งผลให้เด็กได้รับคาเฟอีนในแต่ละวันเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทพัฒนาการกลับภาวะโภชนาการของเด็ก โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนซึ่งอยู่ในวัยที่กำลังเจริญเติบโต และอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กเนื่องจากขนมและเครื่องดื่มเหล่านี้มีน้ำตาลและไขมันสูง ซึ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็กได้ (ปานฤทัย,2545) และจากการรายงานการสำรวจภาวะ อาหารและโภชนาการในประเทศไทยในปี พ.ศ.2546 พบว่ากลุ่มนักเรียนช่วงอายุ 15-18 ปี เริ่มมีโภชนาการเกินถึงร้อยละ 17.2 (กองโภชนาการ, 2549) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาล และขาดการออกกำลังกาย นอกจากนั้นยังพบว่าการชอบดื่มน้ำอัดลมแทนน้ำเปล่า

โดยเฉพาะน้ำอัดลมประเภทโคล่าซึ่งนอกจากจะได้รับผลกระทบจากคาเฟอีนแล้วยังอาจเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เด็กมีแนวโน้มการเกิดภาวะโภชนาการเกินมากขึ้น ทั้งนี้จากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการศึกษาในช่วงเวลา 5 – 10 ปีที่ผ่านมา

นอกจากนี้นายแพทย์สมชัย ภิญโญพรพานิช อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เปิดเผยผลการศึกษาวิจัยกองสุขศึกษาปี 2553 – พฤษภาคม 2554 พบว่า เด็กอายุ 6–15 ปี มีปัญหาความจำและสติปัญญาถดถอย บางรายสมาธิสั้นไม่สามารถจดจำข้อมูล และเรื่องราวที่เกิดขึ้นฉับพลันได้เป็นเวลานานเด็กมักจะเหม่อลอย ไม่สนใจต่อการเรียน สาเหตุเนื่องมาจากสารเสพติดคาเฟอีนที่ปนเปื้อนอยู่ในนมช็อกโกแลต และน้ำอัดลมหลากหลายชนิด รวมถึงขนมเวเฟอร์รสกาแฟ ลูกอมรสกาแฟ ซึ่งผู้ปกครองอนุญาตให้ลูกหลานบริโภคติดต่อกันเป็นเวลานาน ส่งผลให้สารคาเฟอีนเข้าไปทำลายจิตประสาทและความจำบางส่วน นายแพทย์สมชัย ยังระบุด้วยว่า เมื่อนำนมรสช็อกโกแลตและน้ำอัดลมมาตรวจสอบหารสารคาเฟอีน พบว่าทั้ง 2 ชนิด มีผลลัพธ์ที่ออกมาเท่ากันคือ มีค่าของสารคาเฟอีนใน 1 กล่องและ 1 กระป๋อง มากถึง 15 มิลลิกรัม ขณะที่ขนมเวเฟอร์ลูกอมรสกาแฟจะปนเปื้อนคาเฟอีนไม่เกิน 3.2 มิลลิกรัม ที่สำคัญเด็กช่วงวัยดังกล่าวไม่ควรรับสารอันตรายประเภทนี้เลย อย่างไรก็ตาม ยังมีตัวเลขที่ได้รับการยืนยันจากภาควิชาโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลว่าเด็กไทยดื่มนมช็อกโกแลตในแต่ละวันมากถึงร้อยละ 30.2 ทั่วประเทศ ขณะที่ความนิยมน้ำอัดลมตามมาเป็นอันดับ 2 เด็กไทยดื่มบ่อยและดื่มประจำถึงร้อยละ 28.4 ส่งผลให้เด็กไทยในวันนี้มีพฤติกรรมการดื่ม การบริโภคที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 41.8 เท่านั้น ซึ่งเข้าข่ายเด็กไทยมีสติปัญญาโง่เขลา (http://www.4thaihealth.or.th/healthcontent/7877.)

แนวทางการแก้ไขการบริโภคของเด็ก

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการกินของเด็กและวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มที่จะได้รับคาเฟอีนจากขนมและเครื่องดื่มต่างๆ มากขึ้น และอาจติดในลักษณะของการบริโภคจนกลายเป็นนิสัย ซึ่งสารคาเฟอีนจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก เนื่องจากเป็นวัยที่ควรจะได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ไม่ใช่เพียงสารอาหารประเภทใดประเภทหนึ่งเท่านั้น ดังนั้น ผลกระทบดังกล่าวนับว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับครอบครัวที่ส่งผลสู่ระดับประเทศ ดังนั้น การแก้ไขควรเริ่มต้นที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ควรตระหนักถึงผลเสียของสารคาเฟอีนที่เป็นส่วนประกอบในอาหารที่บุตรหลานบริโภคเป็นประจำทุกวัน โดยเริ่มต้นจากการจัดอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามวัยให้บุตรหลานตั้งแต่เริ่มแรก ให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่ถูกต้องและการอ่านฉลากโภชนาการกับบุตรหลานที่อยู่ในวัยที่เรียนรู้ได้ นอกจากนั้นควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการเลือกหรือรับประทานอาหารที่ถูกต้องให้กับบุตรหลาน ซึ่งอาจบริโภคอาหารที่มีคาเฟอีนได้บ้าง แต่ต้องคำนึงถึงปริมาณในการบริโภคในแต่ละรายการด้วย

นอกเหนือจากนั้นเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนและใช้เวลาในการดำรงชีวิตอยู่ที่โรงเรียนมากกว่าที่บ้าน ดังนั้น ครูหรืออาจารย์จะต้องมีบทบาทในการให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่ถูกต้องกับนักเรียน รวมทั้งการสอดส่องใส่ใจดูแลพฤติกรรมการกินอาหารของนักเรียนด้วย นอกเหนือจากนั้นผู้บริหารของโรงเรียนควรให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายในการจัดจำหน่ายอาหารของร้านค้าในโรงเรียนหรือการขอความร่วมมือกับพ่อค้าแม่ค้าที่นำอาหารมาขายในบริเวณรอบๆ หน้าโรงเรียน เช่น ห้ามจำหน่ายน้ำอัดลม, น้ำชา ภายในโรงเรียนและหน้าโรงเรียน หรือกำหนดนโยบายให้โรงเรียนเป็นเขตปลอดคาเฟอีนประเภทต่างๆ ซึ่งจะทำให้โอกาสที่นักเรียนจะบริโภคอาหารที่มีสารคาเฟอีนลดลงได้มาก

ที่สำคัญจากการบริโภคอาหารที่มีสารคาเฟอีนนั้นในปริมาณที่มากหรือเป็นประจำจนส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพดังกล่าวข้างต้น หน่วยงานของรัฐ คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้

กำหนดให้เครื่องดื่มผสมคาเฟอีน จัดเป็นอาหารควบคุมเฉพาะ ซึ่งการขึ้นทะเบียนต้องอยู่ในหลักเกณฑ์ประการหนึ่งคือ มีการควบคุมสารคาเฟอีนไม่ให้เกิน 50 มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุและกำหนดให้ให้ต้องแสดงข้อความ "มีกาแฟ.....มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร" (ความที่เลขไว้ใช้แสดงปริมาณคาเฟอีน) บนฉลากเครื่องดื่มด้วย และได้มีการต่อเป็นการสุ่มเก็บตัวอย่างเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนพร้อมบริโภคชนิดเหลว เพื่อตรวจสอบการแสดงฉลากและส่งตรวจ วิเคราะห์ปริมาณคาเฟอีน เพื่อให้มีปริมาณกาแฟ เป็นไปตามที่ระบุฉลากและเป็นไปตาม อ.ย. กำหนด (http://newsser.fda.moph.go.th/ford/file/FAQ/consideration_on_Product_Prmission.pdf.) ซึ่งจะทำให้ผู้บริโภคสามารถทราบปริมาณในการบริโภคเครื่องดื่มและกำหนดพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพระยะยาว

สภาพปัจจุบันสื่อหรือการโฆษณาสินค้าเข้ามามีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ จิตใจ มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อสภาวะสุขภาพของคน โดยเฉพาะกระแสการบริโภคช็อกโกแลต เค้ก คุกกี้ ไอศกรีม น้ำอัดลมที่มีคาเฟอีน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตโดยตรง กลุ่มเด็กและเยาวชน จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายทางการตลาดที่สำคัญจึงควรให้ความสำคัญกับการรู้เท่าทันสื่อ กล่าวคือ ควรใช้วิจารณญาณในการรับสื่อต่างๆที่มีอยู่ในสังคมอย่างหลากหลาย ต้องแยกแยะวิเคราะห์หาข้อดี ข้อเสีย รู้เท่าทันผล ที่อาจจะเกิดขึ้นและคำนึงถึงผลกระทบ พิจารณาถึงเจตนาของสื่ออย่างลึกซึ้งกับสิ่งที่ถูกส่งมายังตัวผู้บริโภค ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีหรือสิ่งที่ไม่ดีโดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนจำเป็นต้องตระหนัก และพัฒนาวุฒิภาวะโดยการมีทักษะชีวิต ต้องรู้จักใช้เหตุและผล รู้ถึงข้อดี ข้อเสีย รู้ถึงความต้องการ และสิ่งที่ไม่ต้องการ โดยพิจารณาถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นและต้องคาดการณ์ถึง โดยที่ต้องได้รับการร่วมมือในการแก้ไขปัญหานี้ โดยพ่อแม่หรือผู้ปกครองควรสอนลูกให้รู้วิธีการใช้จ่ายเงินอย่างมีประโยชน์และรู้จักออมทรัพย์ ปิดโทรทัศน์ เสาร์-อาทิตย์และหากิจกรรมทำร่วมกันภายในครอบครัว หรือดูโทรทัศน์ร่วมกับลูกหลาน สำหรับครู อาจารย์ ควรสอนให้นักเรียนสามารถวิจารณ์โฆษณาและรู้เท่าทันโฆษณาได้ ในขณะเดียวกันโรงเรียนควรมีนโยบายไม่ให้มีการโฆษณาสินค้าประเภทนี้ในโรงเรียนและอาจสร้างกิจกรรมทางเลือกให้เด็กเรียนรู้ในช่วงเวลาเย็นและวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และที่ขาดไม่ได้ คือรัฐบาลควรกำหนดกฎหมายควบคุมโฆษณาสินค้าเด็กโดยเฉพาะ พร้อมทั้งควรส่งเสริมรายการโทรทัศน์ที่ดีๆ สำหรับเด็กและครอบครัวที่ปลอดโฆษณา

สรุป

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ดีจะช่วยให้ร่างกายเจริญพัฒนาได้เป็นอย่างดี แต่ถ้าหากอาหารที่รับประทานไม่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ดีพอก็จะทำให้ร่างกายเจริญพัฒนาได้ช้าหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยชรามิใช่เพียงช่วงวัยใดวัยหนึ่งเท่านั้น

วัยเด็กเป็นช่วงสำคัญของการเจริญพัฒนาจำเป็นต้องได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและถูกสุขลักษณะเพื่อจะได้เจริญพัฒนาเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศ ในปัจจุบันมีอาหารต่างๆมากมายที่ผลิตออกมาและมุ่งจำหน่ายให้กับเด็กๆ อาหารเหล่านี้มักปรุงแต่งให้มีสีสวยงามเพื่อชักจูงให้ซื้อไปรับประทาน หรือบางชนิดก็นำคาเฟอีนผสมในขนมหวานและลูกอมสำหรับเด็กอีกด้วย จึงทำให้เด็กจำนวนไม่น้อยได้รับผลกระทบจากคาเฟอีนดังกล่าว ถ้าหากได้รับปริมาณมากจะทำให้มีอาการกระสับกระส่ายหรือกระวนกระวาย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะบ่อยครั้ง เพราะคาเฟอีนเป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาท และระบบหมุนเวียนโลหิต นอกจากนี้ยังทำให้เด็กรับประทานอาหารได้น้อย เพราะขนมและลูกอมที่มีคาเฟอีนจะเป็นขนมหวานที่มีน้ำตาลจำนวนมากหรือบางชนิดมีไขมันปริมาณมากอีกด้วย ทำให้เด็กอิ่มได้เป็นเวลานานโดยไม่ค่อยอยากรับประทานอาหาร จึงรับ

ประทานอาหารได้น้อยลงหรือถ้าหากเด็กได้รับบ่อยๆ อาจก่อให้เกิดปัญหาโรคอ้วนตามมาด้วย จึงเป็นเรื่องที่ผู้ปกครองควรจะตระหนักและให้ความใส่ใจบุตรหลานในเรื่องการกินที่ถูกต้องด้วย

เอกสารอ้างอิง

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546.* กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *เอกสารเผยแพร่กลุ่มพัฒนาระบบ.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2555, จาก http://www.kasikornresearch.com/portal/site/KResearch_d/?id=14183&cid=5].

กินขนมผสมคาเฟอีน ทำเด็กสมาธิสั้น. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.women.thaiza.com/.

กุลวดี จงสมชัย. (2557). *พฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น(มอดินแดง).* วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ขนมเด็กมีคาเฟอีน. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.inmu.mahidol.ac.th/news/?id=16.

ขนม นมผสมคาเฟอีน เป็นเหตุเด็กไทยสมองเสื่อม. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.4thaihealth.or.th/healthcontent/7877.

ความรู้เกี่ยวกับคาเฟอีนที่มีอยู่ในเครื่องดื่ม. (2557). (2553). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.thaicarntalk.com/index.php?topic=928.0.

คาเฟอีน มีประโยชน์และโทษอย่างไร. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.thaibio.com/index.phd?rowtes news&news_ids194.

คาเฟอีนในเครื่องดื่มใกล้ตัว. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.pharmacy.cma.ac.th/dic/newsletter/Cafeine.pdf.

คาเฟอีนกับสุขภาพ. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2557, จาก http://web.db.dmsc.mopho.go.th/ifc_toxic/a_tx_1_001c.asp?info_ids180.

คาเฟอีนในน้ำอัดลม มีเท่าไร. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.gotoknow.org/posts/129498.

คาเฟอีนมหันตภัยใกล้ตัวคุณ. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=327.

คาเฟอีนในขนมเด็ก. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2557, จาก http://home.truelife.com/detail/1743751.

คาเฟอีนในขนมเด็ก. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.V charkarn.com>v Blog

คาเฟอีนในอาหารและเครื่องดื่ม. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2557 ,จาก http://www.gotoknow.org/posts/168571.

คาเฟอีนคืออะไรประโยชน์-โทษในเครื่องดื่มชูกำลัง. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2557, จาก http://blog.eduzones.com/nigi/print.php?content_id.89149.

ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต เนตรนภัส ธนนิเวศน์กุลและปานฤทัย ปานวิจิตร. (2548). "ปริมาณการได้รับคาเฟอีนจากขนมและลูกอมในเด็กในเขตกรุงเทพมหานคร". *วารสารโภชนาการ.* 40(1) : 22-28.

บทความเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.rup.co.th/knowledges/saftg Driving/indexalcohol.

ประเด็นคำถาม. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2557, จาก http://newsser.fda.moph.go.th/ford/file/FAQ/consideration_on_Product_Prmission.pdf.

ปานฤทัย ปานวิจิตร์. (2545). *การศึกษาปริมาณการได้รับขนมและลูกอมในเด็ก.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพิษวิทยาทางอาหารและโภชนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปริมาณ Caffeine ที่กำหนดตามกฎหมาย. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2557, จาก http://rparun.blogspot.com/2011/04/Caffeine.html.

ปิยะณัฐฏ์ จันทวารีย์. (2553). *พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด.* รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พจน์ สัจจะ. (2540). *โลกวัฒนธรรมของอาหาร ชุดสารคดีอาหาร.* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด,

พฤติกรรมการบริโภคคาเฟอีนในเยาวชน. (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2557. จาก http://www.hed.su.th/.../0758117296.

พัทธนันท์ ครีม่วง. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณคาเฟอีนที่ได้รับจากเครื่องดื่มของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา.* วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิกิพีเดียสารานุกรมเสรี. *คาเฟอีน.* (2557). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2557, จาก http://th.wikipedia.org/wiki%E0%B8%84%E0%B9%80%E0%B8%9F%E0%B8%AD%E0%B8%B5%E0%B8%99.

ยงยุทธ ขจรธรรม. (2543). *รายงานการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนของคนไทย.* กรุงเทพมหานคร. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

สุธีรา สัตย์ซื่อ. (2553). *กาแฟให้อะไรกับคุณบ้าง.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2557, จาก http://www.doctor.or.th/article/detaol/10283.

Americanheart Association. (2007). *Caffeine.* [online]. Retrieved February 11,2007, from http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?dentifier=4445.

Belenky G. (2005). *Caffeine.* [online]. Retrieved February 11,2007, from: http://www.sleepfoundation.org/sleeptionary/index.php?secid=&id=24.

Caffeine Safe Limits : How to Determine Your Safe Daily Dose. (2014). [online]. Retrieved October 9, 2014, from http://www.caffeineinformer.com/caffeine-safe-limits.

Caffeine. (2007). [online]. Retrieved February 11,2007, from http://www.mayoclinic.com/health/caffeine/AN01211.

Graham HN. (1984). Tea : The plant and its manufacture. Chemistry and consumption of the beverage. In : Spiller GA. (ed.) The Methylxanthine Beverages and Foods : Chemistry, Consumption, and Health Effects. New York, NY : Alan R, Liss b : 29-74.

Graham DM. (1978). Caffeine : its identity, dietary sources, intake and biological effects. *Nutr Rev*. 36(4) : 97-102.

Griffiths RR, Evans SM, Heishman SJ, Preston KL, Sannerud CA, Wolf B and Woodson PP. (1990). "Low-dose caffeine administration in humans". *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. (252) : 970-978.

Health and Welfare Canada. (1990). Nutrition Recommendations.

Jane M.Ben. (2014). *Caffeine and your child*. [online]. Retrieved October 9,2014, from http://kids health.org/parent.

Jane M.Benton. (2014). *Caffeine and you child*. [online]. Retrieved October 9, 2014. from http://kidshealth.org/parent/growth/feeding/child_caffeine.html#.

Juliano LM,Griffiths RR.A. critical review of caffeine withdrawal : empirical validation of symptoms and sings, incidence, severity, and associated features.

Kuppers FJEM and Jans JA. (1988). "Reverse phase liquid chromatographic determination of benzoic acid and sorbic acid in fresh cheese". *JAOAC*. 5(71) : 1068-1071.

Lader M and Bruce M. "states of anxiety and their induction by drugs". *British Journal of clinical pharmacology*. (22) : 252-261.

Lauren cox. (2012). *5 Experts Answers : Is Caffeine Bael for kids?*. [online]. Retrieved October 9, 2014, from http://www.livescience.com/36164-caffeine-bad-kids.html.

Lieberman HR. (1992). "Caffeine. In Handbook of Human Performance". Edited by. A.P. Smith and D.M. *Jones*. 2 : 49-72.

Stephenson PE. (1997). "Physiologic and psychotrophic Effect of Caffeine on Man". *J Am Diet Asso*. 71 : 240-247.

อาหารจำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ
Restrict Sodium Diet with Valvular Heart Surgery Patients

จุฑามาศ จินาทิตย์*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระยะยาวหรือตลอดชีวิต การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต้องจำกัดเกลือโซเดียม เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ทำให้มีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกายเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมักมีความล้มเหลวในเรื่องการรับประทานอาหารจำกัดโซเดียม ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องได้เนื่องจากขาดความรู้ และแนวทางในการเลือกบริโภคอาหาร ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะหาแนวทางหรือวิธีการในการให้ข้อมูลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและการปฏิบัติตัวในเรื่องของการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจำกัดเกลือที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

Abstract

The patients with valvular heart surgery are required to change their behaviors for proper self care such as receiving anticoagulant drugs for long-term period or for their entire lifetime, having appropriate dietary and taking more exercise. Especially for dietary consumption behavior required

* พยาบาลชำนาญการ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

to restrict sodium, because high sodium diet makes retention of salt and water in the body. One reason is the cause of heart failure. This found that patients often failed of eating the sodium- restricted. They could not select the proper diet. Therefore, nurses team should take more important role to provide information and support to patients about the importance and caring of restrict sodium diet. There are restrict sodium diet behaviors for better quality of life and reduce complications that cause re-admit to the hospital.

บทนำ

โรคลิ้นหัวใจพิการเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตโดยสาเหตุที่สำคัญของโรคลิ้นหัวใจพิการ คือ ไข้รูห์มาติคซึ่งในประเทศไทยจากสถิติในปี 2553 มีผู้ป่วยโรคหัวใจรูห์มาติคเรื้อรังจำนวน 25,783 รายต่อประชากร 100,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.47 (สถิติสาธารณสุข, 2553) สถานการณ์ปัจจุบันพบแนวโน้มของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำนวนมาก ซึ่งเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในปัจจุบัน เห็นได้จากสถิติในประเทศไทย ปี 2553, 2554 และ 2555 มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 3,584, 3,359 และ 3,384 รายตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2556) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจนอกจากให้การดูแลในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดแล้ว การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายถือเป็นเรื่องสำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจากยังพบว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมักมีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีสาเหตุจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลหรือการจัดการตนเองไม่เหมาะสม ขาดการตัดสินใจที่เหมาะสมในภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้ความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น (Wonggom, Tadpinij & Taksinachanekij, 2013) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การไม่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น (นรลักขณ์ เอื้อกิจ และพัชรวรรณ ศรีคง, 2556) พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจนับเป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจำเป็นต้องงดหรือจำกัดอาหารที่มีรสเค็มหรือมีโซเดียมสูง เนื่องจากโซเดียมมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจะเพิ่มการทำงานของหัวใจโดยเพิ่มการดูดกลับของน้ำและโซเดียมจากบริเวณท่อไตเพิ่ม ทำให้มีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกายเพิ่มมากขึ้น เมื่อหัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก บวมและอาจเสียชีวิตได้ในเวลาต่อมา (Payne & Barker, 2010) จึงเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพที่จะหาแนวทางหรือวิธีการในการให้ข้อมูลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและปฏิบัติในเรื่องของการจำกัดโซเดียมในอาหาร โดยข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยควรเป็นข้อมูลที่เข้าใจง่ายและมีเมนูทางเลือกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง

โรคลิ้นหัวใจพิการ

คือโรคที่เกิดจากลิ้นหัวใจ (Heart valve) ทำงานผิดปกติ สาเหตุเกิดได้จากความเสื่อมของลิ้นหัวใจหรือ เป็นผลต่อเนื่องมาจากการที่ลิ้นหัวใจถูกทำลายจากไข้รูห์มาติคส่งผลให้เกิด

ความผิดปกติในการไหลเวียนโลหิตซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (หัวใจวาย) และเสียชีวิตได้ในที่สุด สามารถแบ่งโรคลิ้นหัวใจออกเป็น โรคลิ้นหัวใจตีบ (Valvular stenosis) โรคลิ้นหัวใจรั่ว (Valvular regurgitation) หรือเกิดร่วมกันได้ทั้งสองกรณีคือทั้งลิ้นหัวใจตีบและรั่ว (Mixed stenosis and insufficiency) การที่ลิ้นหัวใจตีบ (Stenosis) ทำให้เกิดการอุดกั้นการไหลเวียนของเลือดที่ส่งผ่านจากหัวใจห้องบน (Atrium) สู่หัวใจห้องล่าง (Ventricle)หรือหัวใจห้องล่างซ้ายส่งผ่านไปที่หลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนต้น ทำให้เกิดภาวะ Pressure load มีการเปลี่ยนแปลงต่อกล้ามเนื้อหัวใจเป็นแบบหนาตัว (Hypertrophy) ขณะที่ลิ้นหัวใจรั่ว (Regurgitation) คือการที่ลิ้นหัวใจปิดไม่สนิท ทำให้เกิดการไหลย้อนกลับในขณะที่หัวใจบีบตัว ทำให้เกิดภาวะ Volume load มีการเปลี่ยนแปลงต่อกล้ามเนื้อหัวใจเป็นแบบยืดขยาย (Dilation) ในช่วงแรกหัวใจจะปรับตัวชดเชยความผิดปกตินี้ แต่หากไม่ได้รับการแก้ไข การทำงานของหัวใจจะเสื่อมลงเรื่อยๆ เกิดเป็นภาวะ Valvular cardiomyopathy ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะหัวใจวายในที่สุด (Leeper, 2009 ; Maganti, Rigolin, Sarano, & Bonow, 2010; Smelter & Bare, 2004)

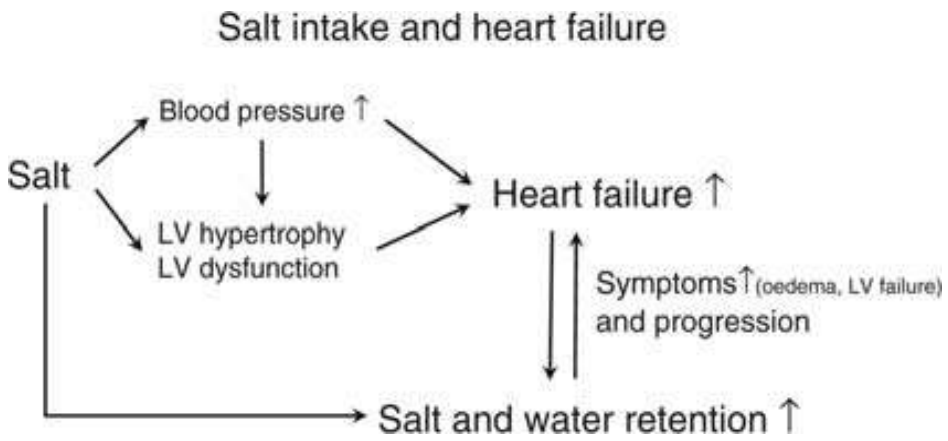
โรคลิ้นหัวใจที่เกิดความผิดปกติได้บ่อย คือ ลิ้นหัวใจไมตรัล (Mitral valve) และลิ้นหัวใจเอออร์ติค (Aortic valve) เนื่องจากเป็นการทำงานของลิ้นหัวใจที่สัมพันธ์กับความต้านทานของระบบไหลเวียนของร่างกาย (Systemic resistance) ในขณะที่ลิ้นหัวใจไตรคัสปิด (Tricuspid valve) และลิ้นหัวใจพัลโมนิค (Pulmonic valve) ซึ่งสัมพันธ์กับความต้านทานของระบบไหลเวียนในปอด (Pulmonary resistance) ซึ่งมีความต้านทานต่ำกว่า สำหรับความผิดปกติของลิ้นหัวใจพบได้บ่อยตามลำดับดังนี้ ลิ้นไมทรัลตีบ (Mitral stenosis) ลิ้นไมทรัลรั่ว (Mitral regurgitation) ลิ้นเอออร์ติคตีบ (Aortic stenosis) และลิ้นเอออร์ติครั่ว (Aortic regurgitation)

แนวทางการรักษาโรคลิ้นหัวใจ

การรักษาผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจมีทั้งการรักษาด้วยยา เพื่อประคับประคองอาการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มี Cardiac output ที่เพียงพอ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม ได้แก่ การให้ยาขับปัสสาวะ ร่วมกับการจำกัดโซเดียมการให้ยาต้านเบต้า (β- blocker) เพื่อช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ และการให้ยาลดการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากโรคลิ้นหัวใจมักก่อให้เกิดมีภาวะก้อนเลือดขนาดเล็กๆ ที่ลิ้นหัวใจซึ่งมักหลุดไปอุดยังหลอดเลือดต่างๆ โดยเฉพาะหลอดเลือดของปอด ซึ่งเป็นอีกสาเหตุนอกเหนือจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่ทำให้เสียชีวิตได้ (Maganti, Rigolin, Sarano, &Bonow, 2010) แต่หากยังมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นแพทย์อาจพิจารณาทำการผ่าตัดซึ่งมีทั้งการผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจ (Valvular repair) หรือการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valvular replacement) (Smelter & Bare, 2004) โดยประเมินจากอาการ ประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ เช่น Echocardiography, Cardiac catherterization เป็นต้น ปัจจุบันการรักษาโดยการผ่าตัดลิ้นหัวใจยังคงถือว่าเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจควรได้รับการดูแล ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ตลอดจนการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบแผนการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) อย่างต่อเนื่องในระยะยาวหรือตลอดชีวิตเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolism) (Silpipat & Sastravaha, 2012) การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยเฉพาะอาหารจำกัดเกลือโซเดียม เป็นต้น

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจควรเลือกรับประทานอาหารจำกัดเกลือโซเดียม เนื่องจากอาหารที่มีโซเดียมสูงทำให้เกิดภาวะน้ำคั่งจากการดูดโซเดียมและน้ำกลับสู่ร่างกาย เป็นการเพิ่มปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย (Preload) ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) เพิ่มขึ้น เมื่อ Preload เพิ่มขึ้นมีผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายมีการยืดขยาย (Left ventricle hypertrophy) มากขึ้น เพื่อรองรับปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจโตซึ่งเป็นกลไกการปรับตัวเพื่อให้หัวใจบีบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อกลไกการปรับตัวดำเนินอยู่เป็นระยะเวลานานจนปรับตัวชดเชยไม่ได้อีก ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวาย (Heart failure) ตามมา (Schmieder, Messerli, Garavaglia & Nunez, 1988) ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 : Salt intake and heart failure
ที่มา : (He, Burnier & MacGregor, 2011).

โซเดียมคลอไรด์ (Sodium chloride, NaCl) เป็นสารประกอบทางเคมีของ เกลือหรือเกลือแกงประกอบด้วย โซเดียมร้อยละ 40 และคลอไรด์ร้อยละ 60 โดยน้ำหนัก (Geerling & Loewy, 2008) โซเดียมเป็นไอออนประจุบวก (Cation) มีอยู่มากในน้ำภายนอกเซลล์ (Extracellular fluid) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมความเข้มข้นของของเหลวภายนอกเซลล์และการกระจายของน้ำในร่างกายให้เกิดความสมดุลรวมทั้งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการทำงานของเซลล์ในทุกอวัยวะของร่างกาย (Mtheny, 2011) สำหรับคลอไรด์เป็นไอออนประจุลบ (Anion) ที่มีความเข้มข้นในส่วนน้ำนอกเซลล์ทำหน้าที่ควบคุมดุลย์ของประจุ (Electroneutrality) ส่วนน้ำนอกเซลล์ควบคุมดุลย์กรด-ด่างในร่างกายและเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของกรดเกลือที่ใช้ในการย่อยอาหาร (http://www.mt.mahidol.ac.th/e-learning/bodyfluid%20and%20electrolyte/chloride.htm) เรามักใช้คำว่า “เกลือโซเดียม” ในการสื่อความหมายการบริโภคคำว่าเกลือโซเดียมในอาหารบริโภค หมายถึง (ธิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเวทย์, 2556)

เกลือ 1 ช้อนชา	=	โซเดียมคลอไรด์ 5 กรัม	=	โซเดียม 2 กรัม (2,000 มิลลิกรัม)
โซเดียมคลอไรด์ 1 กรัม	=	โซเดียม 17.1 มิลลิโมล		
โซเดียม 1 มิลลิโมล	=	โซดียม 23 มิลลิกรัม		

ปัญหาของการรับประทานอาหารจำกัดเกลือโซเดียมพฤติกรรมการบริโภคอาหารจำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ นับเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายและอาจส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจนอาจเสียชีวิตได้ (Peckenpaugh, 2007) ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้งดหรือจำกัดอาหารที่มีรสเค็มหรือมีโซเดียมสูง ซึ่งปริมาณโซเดียมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคหัวใจคือ ปริมาณ 2 กรัมต่อวัน (Arcand et al, 2005) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมักมีความล้มเหลวในเรื่องการรับประทานอาหารจำกัดเกลือโซเดียม ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องได้ สาเหตุจากการขาดความรู้ (Lack of knowledge)ในการเลือกหรือเตรียมอาหาร ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Interference with social) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวที่ยังรับประทานอาหารรสเค็ม และขาดทางเลือกในการเลือกอาหาร (Lack of food selection) (Bentleya, Jonga, Mosera, & Pedena, 2005) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศอุตสาหกรรม พบว่า 75% ของเกลือโซเดียมในอาหารมาจากขบวนการผลิต และพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้านหรือซื้ออาหารนอกบ้านมารับประทาน นอกจากนี้ประเทศในแถบเอเชียยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในสัดส่วนที่สูงซึ่งมักจะเพิ่มการใช้เกลือหรือซอสในการปรุงอาหาร (Elliott, & Brown, 2006)

จากคำแนะนำของ WHO (The World Health Organization) ให้ข้อแนะนำการบริโภคโซเดียมในปริมาณ 2,000 มิลลิกรัมต่อวันแต่พบว่าประชากรทั่วโลกส่วนใหญ่มักมีการบริโภคโซเดียมอยู่ที่ปริมาณ 2,300-4,600 มิลลิกรัมต่อวันและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (Anedrson, 2010) การหลีกเลี่ยงการบริโภคเกลือโซเดียมเป็นสิ่งที่ยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของประชากรทั่วไป เนื่องจากร้อยละ 10 ของแหล่งบริโภคเกลือโซเดียมมาจากการปรุงอาหารในชีวิตประจำวัน และร้อยละ 90 มาจากแหล่งบริโภคนอกบ้าน ได้แก่ ขบวนการการผลิตในอุตสาหกรรมอาหารร้อยละ 75-80 การบริโภคเกลือโซเดียมที่มีอยู่ในอาหารตามธรรมชาติซึ่งมีเพียงร้อยละ 11.6 และการรับประทานอาหารนอกบ้าน (McLaren, 2012; McLaren, 2014) ซึ่งปัจจุบันพบว่าอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงมักแฝงอยู่ในรูปของอาหารประเภทต่างๆ เช่น เครื่องปรุงรสประเภทน้ำปลา ซอสถั่วเหลือง (มีโซเดียมประมาณ 880-1,620 มิลลิกรัมต่อช้อนชา) ขนมอบกรอบต่างๆ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สำหรับสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทย พบว่าประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อคนต่อวันได้รับโซเดียมคลอไรด์โดยเฉลี่ย 10.9 $\pm$ 2.6 กรัม มาจากเครื่องปรุงรสต่างๆ 8.0 $\pm$ 2.6 กรัม คิดเป็นร้อยละ 80.3 ของโซเดียมคลอไรด์ (ธิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเวทย์, 2556) จากการสำรวจของกรมอนามัยถึงแบบแผนการบริโภคของประชากรทั่วไป อายุ 15-54 ปี เขตกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2547 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง นิยมบริโภคบะหมี่ปรุงสำเร็จมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาเป็นอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ ไส้กรอก หมูยอ เป็นต้น (อรัฐา รังผึ้ง, 2550) สอดคล้องกับข้อมูลการบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมคลอไรด์ของครัวเรือน พบว่า อาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่นิยมบริโภค 10

ลำดับแรก ได้แก่ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปพร้อมเครื่องปรุง ปลากระป๋อง ปลาทูนึ่ง น้ำพริกต่างๆ ปลาส้ม ข้าวโพดต้ม ลูกชิ้น แคบหมู มันฝรั่งทอด ไข่เค็ม ตามลำดับ สำหรับความถี่เฉลี่ยของการบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมคลอไรด์ของครัวเรือนทั้งประเทศ พบว่ามีการบริโภคน้ำพริกต่างๆมากที่สุด รองลงมาคือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป จากผลสำรวจข้างต้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่นิยมบริโภค พืช ผัก ผลไม้โดยเฉลี่ยบริโภควันละ 1 ทัพพีซึ่งน้อยกว่ามาตรฐานปริมาณที่ควรได้รับในแต่ละวัน (ประมาณ 5 ทัพพี) ซึ่งผลดีของการบริโภคพืช ผัก ผลไม้ ช่วยทำให้ร่างกายได้รับเกลือน้อยลงและมีผลดีต่อสุขภาพ (อรัฐา รังผึ้ง, 2550) นอกจากนี้ ลักษณะวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของแต่ละท้องถิ่น ความเคยชินกับรสชาติอาหาร การเติมเครื่องปรุงรสในการรับประทานอาหารหรือการประกอบอาหาร เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการบริโภคอาหารจำกัดโซเดียมได้ (นรลักขณ์ เอื้อกิจ และพัชรวรรณ ศรีคง, 2556)

การประเมินการบริโภคเกลือโซเดียม

การประเมินการบริโภคเกลือโซเดียมทำได้ 2 วิธีหลัก คือ การประเมินจากชนิดอาหารและปริมาณอาหารที่บริโภค (Evaluation based on dietary content)และการประเมินปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะ (Measurement of urinary sodium excretion)

1. การประเมินจากชนิดและปริมาณอาหารที่บริโภค

ประเมินชนิดและปริมาณอาหารที่บริโภคจากการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์แล้วนำมาคำนวณหาปริมาณโซเดียมโดยเทียบกับตารางข้อมูลโภชนาการของอาหารต่างๆ วิธีนี้อาจเกิดข้อผิดพลาดได้ ปริมาณโซเดียมที่วัดได้อาจไม่ตรงความเป็นจริง เนื่องจากการเก็บข้อมูลการบริโภคอาหารที่ไม่ครบถ้วนและมีการอคติในการสุ่มตัวอย่าง (Elliott & Brown, 2006) การเก็บข้อมูลปริมาณอาหารที่บริโภคเพื่อคำนวณหาปริมาณโซเดียมมีหลายวิธี ดังนี้

1.1 การเก็บอาหารที่บริโภคจริงใน 1 วัน

เป็นการวิเคราะห์หาปริมาณโซเดียมในอาหารเป็นวิธีที่มีความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสูงแต่มีค่าใช้จ่ายสูงจากการเก็บและวิเคราะห์อาหาร อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ปริมาณเกลือโซเดียมจากอาหารที่บริโภคภายใน 1 วัน อาจไม่เพียงพอที่จะได้ข้อมูลที่แท้จริง เนื่องจากการบริโภคของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันในแต่ละวัน (Wrieden, Peace, Armstrong & Barton, 2003).

1.2 การชั่งน้ำหนักอาหาร

โดยการบันทึกและชั่งอาหารที่บริโภคทั้งหมดแต่ละชนิดแล้วนำมาประเมินเป็นปริมาณโซเดียม อาจใช้เวลาบันทึก 3,4,5 หรือ 7 วัน มักนิยมใช้การบันทึก 4 หรือ 7 วัน เป็นวิธีที่มีความน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ค่อนข้างยุ่งยากและการวิเคราะห์น้ำหนักอาหารที่บริโภคเพียง 1 วันไม่เพียงพอที่จะได้ข้อมูลการบริโภคโซเดียมที่แท้จริง เนื่องจากความแตกต่างของชนิดและปริมาณอาหารในแต่ละวัน (Wrieden, Peace, Armstrong & Barton, 2003).

1.3 การบันทึกอาหารทั้งหมดที่มีการบริโภคจริง

คล้ายวิธีการชั่งน้ำหนักอาหาร แตกต่างกันตรงวิธีนี้เป็นการบันทึกปริมาณอาหาร ใช้มาตราส่วนการวัดเป็นถ้วยหรือเป็นช้อน นิยมบันทึกเป็นเวลา 7 วันแล้วนำมาคำนวณเป็นปริมาณโซเดียมเป็นวิธีที่ใช้กันแพร่หลาย มีความน่าเชื่อถือสูงและยุ่งยากน้อยกว่าวิธีการชั่งน้ำหนักอาหาร แต่ค่าใช้จ่ายสูง และมีข้อจำกัดของการบันทึกเนื่องจากการบริโภคโซเดียมของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปในแต่ละวัน (Wrieden, Peace, Armstrong & Barton, 2003).

1.4 การซักประวัติการบริโภคอาหารย้อนหลังใน 1 วัน หรือบันทึกปริมาณอาหารที่บริโภคจำนวน 1-3 วัน

เป็นวิธีที่ง่ายในการเก็บข้อมูลสามารถใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ได้ เหมาะสำหรับการสำรวจขนาดใหญ่ แต่มีความถูกต้องน้อยกว่าและความน่าเชื่อถือของข้อมูลขึ้นอยู่กับฐานข้อมูลความจำของผู้บริโภค ซึ่งผู้บริโภคอาจให้ข้อมูลรายละเอียดไม่ครบถ้วน (Wrieden, Peace, Armstrong & Barton, 2003).

2. การเก็บปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง (24 Hours urine collection)

เพื่อหาปริมาณโซเดียมที่ถูกขับออกมาทางปัสสาวะทั้งหมด เนื่องจาก 90% ของโซเดียมจะถูกขับออกมากับปัสสาวะในช่วง 24 ชั่วโมง ส่วนอีก 10% ของโซเดียมจะถูกขับออกในรูปเหงื่อและอุจจาระ การเก็บปัสสาวะใน 24 ชั่วโมงเป็นวิธีที่น่าเชื่อถือและถูกต้องจึงเป็นวิธีที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ถือว่าเป็น Gold standard ที่ใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินการบริโภคโซเดียม โดยการวัดปริมาณโซเดียม ผ่าน Biomarker ที่เหมาะสมจากการขับออกทางปัสสาวะคือ Creatinin (Wrieden, Peace, Armstrong & Barton, 2003).

คำแนะนำในการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

1. การเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงควรเริ่มในช่วงเช้าประมาณ 9.00 น. โดยปัสสาวะทิ้งก่อน 1 ครั้ง (ไม่ต้องเก็บลงขวด)

2. เริ่มนับเวลาหลังปัสสาวะทิ้ง 1 ครั้ง ทุกครั้งที่มีการถ่ายปัสสาวะให้เทใส่ขวดปัสสาวะที่เตรียมเอาไว้ จนครบ 24 ชั่วโมงของวันรุ่งขึ้น

3. บันทึกวัน เวลาที่เริ่มเก็บปัสสาวะ วัน เวลาที่สิ้นสุดการเก็บปัสสาวะปริมาตรของปัสสาวะที่เก็บได้ทั้งหมดเป็นจำนวนซีซีติดที่ข้างขวดเก็บปัสสาวะที่เตรียมไว้

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารจำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

ในยุคโลกาภิวัฒน์ ที่มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร ผ่านทาง ทีวี อินเตอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ที่เป็นตัวเชื่อมโยงอย่างกว้างขวางและรวดเร็วทั่วโลก การโฆษณาชวนเชื่อ ค่านิยมการรับประทานอาหารฟาสฟู้ดส์ ได้แก่ แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า ไก่ทอด มีมากขึ้น ประกอบกับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสภาพที่เปลี่ยนแปลงทำให้ประชากรต้องทำงานแข่งขันกับเวลามากขึ้น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคจากที่เคยปรุงอาหารกินเองมาเป็นซื้ออาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรับประทานในชีวิตประจำวันมากขึ้นซึ่งเทคโนโลยีอุตสาหกรรมอาหารมีการใช้กระบวนการผลิต การแปรรูป การเก็บรักษาไว้ได้นานส่งผลให้เกลือมีบทบาทสำคัญในการผลิตอาหารเป็นผลให้มีการบริโภคเกลือโซเดียมเกินปริมาณที่กำหนด ไม่สามารถควบคุมชนิด คุณภาพและความปลอดภัยของอาหารได้ด้วยตนเอง (อรัฐา รังผึ้ง, 2550)

ดังนั้นทีมพยาบาลผู้ดูแลควรมีการให้ความรู้ข้อแนะนำและแนวทางในการเลือกรับประทานอาหาร วิธีการอ่านและการแปลฉลากอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบและสามารถเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ของอาหารที่มีความเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและปฏิบัติในเรื่องของการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร โดยข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยควรเป็นข้อมูลที่เข้าใจง่ายและมีเมนูอาหารแสดงปริมาณโซเดียม (ตารางที่ 1) เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง (จุฑามาศ จินาทิตย์, 2556)

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์ปรุงรสและอาหารจานเดียว

ชนิด	ปริมาณ	ปริมาณโซเดียม (มิลลิกรัม)
ซอสปรุงรส	1 ช้อนชา	350
เกลือป่น	1 ช้อนชา	2000
น้ำปลา	1 ช้อนโต๊ะ	1620
ซีอิ้วหวาน	1 ช้อนโต๊ะ	340
ซีอิ้วขาวเห็ดหอม	1 ช้อนโต๊ะ	1240
ซอสหอยนางรม	1 ช้อนโต๊ะ	440
ข้าวคลุกกะปิ	1 จาน	1015
ก๋วยจั๊บน้ำข้น	1 ชาม	1204
ปลาสลิดเค็ม	1 ตัว	1288
แกงส้มผักรวม	1 ถ้วย	1130
ข้าวขาหมู	1 จาน	936
ข้าวราดไข่พะโล้	1 จาน	423
ข้าวผัดหมูใส่ไข่	1 จาน	1305
ข้าวยำปักษ์ใต้	1 จาน	896
แกงส้มผักรวม	1 ถ้วย	1130
ผัดผักบุ้งน้ำมันหอย	1 จาน	426
น้ำพริกกะปิ	4 ช้อนโต๊ะ	1100
ส้มตำ	1 จาน	1006
บะหมี่สำเร็จรูปพร้อมเครื่องปรุง	1 ห่อ	977
ต้มยำกุ้ง	1 ถ้วย	524
ข้าวราดไข่พะโล้	1 จาน	930
ข้าวมันไก่ทอด	1จาน	933
ข้าวหมกไก่	1จาน	911
ข้าวหน้าเป็ด	1จาน	982

ที่มา : (สถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล, 2549)

คำแนะนำและแนวทางการจำกัดเกลือโซเดียม (รุจิรา สัมมะสุต, 2541)

1. ใช้เกลือแกงในการปรุงอาหารไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งเทียบเท่ากับน้ำปลาหรือซีอิ้ว ไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะ

2. ลดการปรุงเพิ่มด้วย เกลือ พริกน้ำปลา ซีอิ้วลงในอาหาร โดยไม่ตั้งเครื่องปรุงไว้บนโต๊ะอาหาร เน้นการปรุงรสอาหารด้วยรสเปรี้ยว เผ็ด มีการใช้เครื่องเทศต่างๆ มากขึ้นเพื่อเพิ่มรสชาติ ตัวอย่างเครื่องปรุงรสชนิดต่างๆ เช่น

– ซอสปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง ซีอิ้วขาว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว น้ำบูดู กะปิ ปลาร้า เต้าหู้ยี้

– ซอสปรุงรสที่ไม่มีรสเค็มหรือเค็มน้อย เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก น้ำจิ้มไก่ ซอสเหล่านี้มีโซเดียมผสมอยู่จำนวนหนึ่งแม้ไม่มากเท่าน้ำปลา

3. ลดการรับประทานอาหารสำเร็จรูป เนื่องจากอาหารสำเร็จรูป อาหารแปรรูปหรือการถนอมอาหารมีการใช้เกลือปริมาณมาก เช่น อาหารกระป๋องทุกชนิด อาหารหมักดอง อาหารตากแห้งอาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปก้อนและผง เป็นต้น

4. ลดการใช้ผงชูรส ถึงแม้ผงชูรสเป็นสารปรุงรสที่ไม่มีรสเค็ม แต่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่ประมาณ 15% ปัจจุบันมีการเติมในอาหารแทบทุกชนิด โดยเฉพาะอาหารสำเร็จรูป

5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่า เฟรนฟรายด์ แฮมเบอร์เกอร์ เป็นต้น เนื่องจากมีปริมาณโซเดียมสูง

6. ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมโดยธรรมชาติ ปกติอยู่ในอาหารจำพวกสัตว์มากกว่าพืช

7. เลือกซื้อและบริโภคอาหารโดยพิจารณาข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหารเป็นหลัก

นอกจากนี้หลักในการบริโภคอาหารที่ดีควรประกอบด้วยการรับประทานอาหารที่มีความหลากหลาย การเลือกรับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ ซึ่งแต่ละหมู่จะมีอาหารที่หลากหลายให้เลือกไม่ผูกขาดกับอาหารชนิดใดชนิดเดียว จะช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารตามต้องการ มีความสมดุลทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน โดยกระบวนการดังนี้ (จุฑามาศ จินาทิตย์, 2556)

1) ประเมินความรู้ อุปสรรคข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความสามารถในการแก้ปัญหา

2) แนะนำข้อมูลในเรื่องความเสี่ยงและประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

3) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อตั้งเป้าหมายและแนวทางในการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสภาพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกซื้ออาหารและผลิตภัณฑ์ปรุงอาหารโดยพิจารณาข้อมูลโภชนาการในฉลากอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำคำแนะนำไปประยุกต์และปรับใช้ในชีวิตประจำวันให้มีความเหมาะสมเนื่องจาก มีรายงานการศึกษา พบว่าร้อยละ 88 ของผู้บริโภคมีความรู้ว่าการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง แต่มีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้น ที่มีความกังวลเกี่ยวกับปริมาณเกลือในอาหาร เนื่องจากผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าแหล่งที่มาหลักของเกลือแฝงอยู่ในอาหารประจำวัน จึงเป็นสิ่งที่อธิบายได้ว่าทำไมผู้บริโภคหลายราย จึงไม่ได้พิจารณาถึงปริมาณของเกลือที่แฝงอยู่ในอาหารที่รับประทาน จากคำจำกัดความของ Food standards Australia New Zealand (FSANZ) ได้บอกว่า “low salt” ที่ระบุในฉลากอาหารหมายถึงอาหารชนิดนั้นๆมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบน้อยกว่า 120 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักอาหาร 100 กรัม (Grimes, Riddell & Nowson, 2009) ปัญหาอีกประการหนึ่ง คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเป็นสิ่งที่ยาก เนื่องจาก ธรรมชาติของพฤติกรรมการกินที่ซับซ้อน มีปัจจัยหลายประการที่เข้ามามีผล เช่น ความต้องการทางชีวภาพ วัฒนธรรม สังคม ศาสนา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม (McNaughton, Crawford, Ball & Salmon, 2012) จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้บริโภค

มีความรู้ ความสามารถในการอ่านและแปลผลข้อมูลโภชนาการบนสลากอาหารได้ ผู้บริโภคจะเลือกอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมต่ำ (Grimes, Riddell & Nowson, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกซื้ออาหารลดเกลือและใช้ฉลากอาหารในการเลือกผลิตภัณฑ์อาหารจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริโภคอาหารที่ดีรวมทั้งลดอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลลงด้วย (Satia, Galanko & Neuhouser, 2005 ; Weaver & Finke, 2003) ดังนั้นการเลือกซื้อและบริโภคอาหารโดยพิจารณาข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหารจะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการเลือกบริโภคอาหาร (Satia, Galanko & Neuhouser, 2005) เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า มีความจำเป็นต้องให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะเสี่ยงต่อการบริโภคเกลือและรูปแบบการบริโภคอาหารที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (Grimes, Riddell & Nowson, 2009)

4) การติดตามแผนที่วางไว้ พร้อมทั้งให้กำลังใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีจากการศึกษาพบว่ารูปแบบการบริโภคอาหารของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในครอบครัวด้วย การให้ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยเพียงคนเดียวอาจไม่ประสบความสำเร็จถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีความเข้าใจ หรือมีส่วนร่วม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสมาชิกในครอบครัวควรเข้าใจและมีส่วนรวมในการบริหารจัดการด้วย (Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai & Boonchuang, 2013)

5) จัดทำคู่มือแนะนำอาหารจำกัดเกลือโซเดียม แนวทางในการเลือกอาหาร เพื่อการวางแผนการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

สรุป

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระยะยาวหรือตลอดชีวิต การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต้องจำกัดเกลือโซเดียม เป็นสิ่งปฏิบัติค่อนข้างยาก เนื่องจากเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีการดำเนินชีวิตมานาน การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคควรชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ความรู้ในเรื่องโภชนาการ แนวทาง วิธีในการเลือกอาหาร เพื่อช่วยในการวางแผนจัดเมนูอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม และส่งเสริมพฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

จุฑามาศ จินาทิตย์. (2556). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟารินต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะเทคนิคการแพทย์. (2556). *ดุลย์คลอไรด์ (Chloride balance).* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2558, จาก http://www.mt.mahidol.ac.th/e-earning/bodyfluid%20and%20electrolyte/chloride.htm.

ธิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเวทย์. (2556). *รายงานผลการทบทวน รูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิต ด้วยการลดการบริโภคเกลือ.* กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

นรลักขณ์ เอื้อกิจและ พัชรวรรณ ศรีคง. (2556). "ภาวะหัวใจวาย : การพยาบาลและคำแนะนำ". *วารสารพยาบาลสาธารณสุข.* 17(1) : 131-143.

รุจิรา สัมมะสุต. (2541). *หลักการปฏิบัติด้านโภชนบำบัด.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.

สถิติสาธารณสุข. (2553). *จำนวนผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุป่วย (75โรค) จากสถานบริการสาธารณสุข.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2558, จาก http://www.moph.go.th.

สถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). *Food composition database ND 3.3 for inmucal program.* นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2556). *สถิติการผ่าตัดหัวใจปี 2544-2554.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2558, จาก http://www.Thaists.org.

อรัฐา รังผึ้ง. (2550). *รายงานเรื่อง สถานะองค์ความรู้โซเดียมเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง 2550.* กรุงเทพฯ : สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มเพิ่มคุณภาพระบบบริการ กรมควบคุมโรค.

Anedrson, C. A. M., Appel, L. J., Okuda, N., Brown, I. J., Chan, Q., Zhao, L., et al. (2010). "Dietary sources of sodium in China, Japan, the United Kingdom, and the United States, women and men aged 40 to 59 years". *The Intermap studyJournal of the American Dietetic Association.* (110) : 736-745.

Arcand, J. A., Brazel,S., Joliffe,C., Choleva,M., Berkoff,F., Allard,J.P., Newton,G.E. (2005). "Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet : A randomized trial". *American Heart Journal.* 150(4) : 714e711-716e715.

Bentleya, B., Jonga,D.M., Mosera,D.K.,& Pedena,A.R. (2005). "Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients". *European Journal of Cardiovascular Nursing.* (4) : 331-336.

Geerling, J. C., & Loewy, A. D. (2008). "Central regulation of sodium appetite". *Experimental Physiology.* 192(2) : 177-209.

Grimes, C. A., Riddell, L. J., & Nowson, C. A. (2009). "Consumer knowledge and attitudes to salt intake and labelled salt information". *Appetite.* (53) : 189-194.

Elliott, P., & Brown, I. (2006). Sodium intakes around the world. *Background document prepared for the Forum and Technical meeting on Reducing Salt Intake in Populations (Paris 5-7th October 2006).*

He, F. J., Burnier, M., & MacGregor, G. A. (2011). "Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure". *European Heart Journal.* (32) : 3073-3080.

Leeper, B. (2009). Valvular disease and surgery. In K. K. Carlson (Eds.), *AACN Advance critical care nursing* (pp. 322-346). Missouri : Saunders.

Maganti,K., Rigolin,V.H., Sarano,E.M., & Bonow,R.O. (2010). "Valvular Heart Disease : Diagnosis and Management". *Mayo Clinic Proceedings*. 85(5) : 483-500.

McLaren, L. (2012). "Policy options for reducing dietary sodium intake". *The school of public policy.* (5) : 1-41.

McLaren, R. M. (2014). "Measuring Population Sodium Intake : A Review of Methods". *Nutrient.* (6) : 4651-4662.

McNaughton, S. A., Crawford, D., Ball, K., & Salmon, J. (2012). "Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults : the Wellbeing, Eating and Exercise for a Long Life (WELL) study". *Health and Quality of Life Outcomes.* 10(109) : 1-7.

Mtheny, N. M. (2011). *Fluid and Electrolyte Balance : nursing consideration*, 5th ed. St.Louis, Jones & Bartlett Publishers.

Payne, A., & Barker, H. (2010). *Advancing dietetics and clinical nutrition.* Philadelphia : Churchill livingstone.

Peckenpaugh, N. J. (2007). *Nutrition essentials and diet therapy. (10th ed).* Canada : Saunders.

Satia, J. A., Galanko, J. A., & Neuhouser, M. L. (2005). "Food nutrition label use is associated with demographic, behavioural, and psychosocial factors and dietary intake among African Americans in North Carolina". *Journal of American Dietetic Association.* (105) : 392-402.

Schmieder, R. E., Messerli, F. H., Garavaglia, G. E., & Nunez, B. D. (1988). "Dietary salt intake .A determinant of cardiac involvement in essential hypertension". *Circulation.* (78) : 951-956.

Silpipat, C., & Sastravaha, K. (2012). "Correlation between knowledge and adherence of patients to warfarin therapy and their baseline characteristics in heart valve replacement at bhumibol hospital". *Thai Heart Journal.* 25(1) : 45-51.

Smeltzer, S.C., & Bare, B . G. (2004). Management of patients with coronary artery vascular disorder. *In Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing : Vol.1* (10th ed., pp.712-762). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Suwankruhasn, N., Pothiban, L., Panuthai, S., & Boonchuang. (2013). "Effect of a Self- management Support Program for Thai People Diagnosed with Metabolic Syndrome". *Pacific Rim International Journal of Nursing Reseach.* 17 (4) : 371-383.

Weaver, D., & Finke, M. (2003). "The relationship between the use of sugar content information on nutrition labels and the consumption of added sugars". *Food Policy.* 28(3) : 213-219.

Wrieden, W., Peace, H., Armstrong, J & Barton, K. (2003). A short review of dietary assessment methods used in National and Scottish Research Studies. *Briefing Paper Prepared for : Working Group on Monitoring Scottish Dietary Targets Workshop, September 2003.*

สมรรถนะหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซี
The Head Nurses′ Core Competencies in ASEAN Economic Community

ดร. เบ็ญจวรรณ พุทธิอังกูร*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี การปฏิรูปสุขภาพ และการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนใน พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างครอบคลุมเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ที่เป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญและจำเป็นต้องมีศักยภาพในการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลงและมีสมรรถนะหลักตามที่สภาการพยาบาลกำหนด รวมทั้งต้องมีความเชี่ยวชาญที่จะนำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการพยาบาลและเป็นผู้นำในระบบสุขภาพของเออีซีต่อไป

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซี ประกอบด้วย ผลกระทบจากการเข้าสู่เออีซี สมรรถนะหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วย และสมรรถนะหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซี

Abstract

The current system of healthcare service is changing rapidly due to changes in the social, economic, political, technology, health reform and access to the ASEAN Economic Community in the B.E. 2558 Ministry of public health service oriented to public health people, comprehensive to meet the needs of the people. To access the service, quality and safety. Head nurses

*อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน

as nurse administrators at the beginning. A key success factors and have potential in the change management and has core competencies as the nursing standard as well as have the expertise to contribute to the empowerment of older nursing service system and as leaders in the health system of the AEC.

This article aims to review the knowledge about the core competency of head nurses in the AEC consists of impact from entering AEC, the core competency of head nurses, and the core competency of head nurses in the AEC.

บทนำ

การที่ประเทศไทยจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในพ.ศ. 2558 และการลงนามข้อตกลงสาขาวิชาชีพการพยาบาลใน พ.ศ. 2549 โดยมีหลักการเปิดให้พยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลในประเทศอาเซียนอื่นได้ โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของประเทศนั้นๆ ด้วย พยาบาลต่างชาติก็สามารถขอรับใบอนุญาตในประเทศอื่นได้ โดยต้องผ่านการประเมินและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานกำกับดูแลในประเทศที่รับให้ทำงาน สำหรับของประเทศไทย คือ สภาการพยาบาล (สำนักการแพทย์, 2556)

จากเหตุผลดังกล่าว ส่งผลให้ผู้บริหารทุกระดับมีสำคัญอย่างยิ่งในการนำองค์กรพยาบาลไปสู่เป้าหมายความสำเร็จของโรงพยาบาล โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีความสำคัญในการบริหารงานของหอผู้ป่วยและกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จึงต้องรับผิดชอบครอบคลุมทั้งด้านการบริหารจัดการ การให้บริการพยาบาล ด้านวิชาการและงานด้านอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยยังต้องมีบทบาทในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และคอยดูแลเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลในหน่วยงานและพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีสมรรถนะที่จำเป็นในการบริหารจัดการที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้

ผลกระทบจากการเข้าสู่เออีซี

การที่ประเทศไทยจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนใน พ.ศ. 2558 ส่งผลให้เกิดประเด็นปัญหาและผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพต่อระบบการบริการสุขภาพของประเทศและต่อการประกอบวิชาชีพของพยาบาล หลายประการ ดังนี้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และกฤษดา แสวงดี, 2555)

1. การค้าบริการสุขภาพของไทย รัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิสัยทัศน์ “Thailand as World Class Healthcare Destination และกำหนดให้ไทยเป็น Academic Medical Hub of Asia” เพื่อเพิ่มและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งบริการหลักออกเป็น 1) ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล 2) ธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ 3) ธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย และ 4) บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ส่งผลให้ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติให้ความสนใจเดินทางเข้ามารับบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก สามารถสร้างรายได้และสร้างอาชีพให้แก่ธุรกิจบริการในสาขานี้และสาขาที่เกี่ยวเนื่องบริการทางการแพทย์ (Sectarian cluster) อาทิบริการอื่นที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น สปา นวดไทย บริการธุรกิจ เช่น การให้บริการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ (Lab testing) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) บริการการเงิน การประกันสุขภาพ (Health insurance) บริการการศึกษา การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ การท่องเที่ยว บริการที่พัก อาหารและเครื่องดื่ม ร้านขายยา อุปกรณ์การรักษา และสินค้าที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ สมุนไพรไทย ยาพื้นบ้าน เครื่องสำอาง ยา วิตามิน อาหารเสริม อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ วัสดุอุปกรณ์ทันตกรรม เป็นต้น

การบริการทางการแพทย์ของไทย แบ่งกลุ่มผู้ให้บริการเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1) สถานพยาบาลภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการคนไทย

2) สถานพยาบาลภาคเอกชน ประกอบด้วย โรงพยาบาล และคลินิก มีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง รวมทั้งชาวต่างชาติที่มาใช้บริการ ในปัจจุบัน โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกทันตกรรมที่มีความพร้อมในการให้บริการชาวต่างชาติมีประมาณ 55 แห่ง สำหรับชาวต่างชาติที่เข้ามารับบริการทางการแพทย์ในไทยมีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้นทุกปี ใน พ.ศ. 2553 มีชาวต่างชาติเข้ามารับบริการทางการแพทย์ จำนวน 1,390,000 คน (กรมส่งเสริมการส่งออกและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2553)

ผลจากการผลักดันประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีบริการทางการแพทย์ที่มีชื่อเสียง และก้าวหน้าสู่มาตรฐานสากลจนเป็นที่นิยมในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก สามารถสร้างรายได้จากบริการสาขาสุขภาพและบริการอื่นๆ เข้าประเทศไม่ต่ำกว่า 1 แสนล้านบาท นับตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา หากพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการแล้ว นับว่า ประเทศไทยประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ (กรมส่งเสริมการส่งออก, 2553)

2. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559)

การพัฒนาของแต่ละประเทศสมาชิกอาเซียนที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในด้านการพัฒนาการ จึงนับเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศริเริ่มการก่อตั้งอาเซียน กระทรวงและส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) จนถึงฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ในปัจจุบันซึ่งเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ให้ความสำคัญกับความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย ในประชาคมโลก ภูมิภาค และการเป็นอาเซียนใน พ.ศ. 2558 โดยในข้อ 5 ยุทธศาสตร์การสร้างความเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจและความมั่นคงในภูมิภาค มีรายละเอียดของการเตรียมความพร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพและบริการด้านสาธารณสุข ทั้งบุคลากรและมาตรฐานการให้บริการเพื่อก้าวสู่การเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาค (Medical Hub) และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้สถาบันการศึกษาทั้งของรัฐและเอกชนให้มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ตลอดจนการยกระดับทักษะด้านภาษาและทักษะฝีมือแรงงาน เพื่อเตรียมความพร้อมของแรงงานไทยเข้าสู่ตลาดแรงงานในภูมิภาคอาเซียน

3. ผลกระทบด้านต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับภาคบริการสุขภาพประชาชน และภาคเอกชนในประเทศไทย (ทัศนา บุญทอง และรุจา ภู่ไพบูลย์, 2554)

3.1 ผลกระทบทางบวก เกิดการแข่งขันสูง โรงพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องพัฒนาคุณภาพ สมรรถนะการประกอบวิชาชีพ และการบริหารจัดการ ผู้รับบริการด้านสุขภาพประชาชนอาเซียนมีทางเลือกมากขึ้นสำหรับการรับบริการสุขภาพที่คุ้มค่า และทำให้ประเทศมีรายได้เพิ่มขึ้น

3.2 ผลกระทบทางลบ ผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพของประชาชนในประเทศ หากไม่มีมาตรการที่ชัดเจนอาจก่อให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการไปทำงานในต่างประเทศ หากอนุญาตให้ผู้บริหารไม่ต้องมีสัญชาติไทยอาจกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ หากไม่ควบคุมคุณภาพอาจเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการให้บริการ

ภายหลังจากการทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Arrangement : MRA) บรรลุตามวัตถุประสงค์แล้ว สาขาวิชาชีพการพยาบาลในอาเซียนจะมีการเคลื่อนย้ายพยาบาลต่างชาติจากประเทศที่พัฒนาน้อยกว่าไปสู่ประเทศที่มีการพัฒนามากกว่า พยาบาลไทยอาจมีแนวโน้มว่าจะเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศที่มีค่าตอบแทนสูงกว่า นอกจากนี้ข้อมูลปัจจุบันพบว่าจากการที่โรงพยาบาลไทยได้ขยายธุรกิจบริการสุขภาพไปยังประเทศอาเซียน อาจส่งผลให้พยาบาลไทยเคลื่อนย้ายไปทำงานในโรงพยาบาลไทยที่ไปลงทุนในประเทศอาเซียนได้เช่นกัน

สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย

สำนักการพยาบาล (2550) ได้กำหนดสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาล จากการระดมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลระดับปฏิบัติการ ทำให้ได้สมรรถนะหลักและสมรรถนะประจำกลุ่มงานของผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 10 สมรรถนะ ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก (Core competency) 5 ด้าน ซึ่งเป็นตัวเดียวกับสมรรถนะหลักของข้าราชการพลเรือนไทย และสมรรถนะประจำกลุ่มงาน (Functional competency) 5 ด้าน โดยสำนักการพยาบาลได้ให้คำจำกัดความและรายละเอียดสมรรถนะซึ่งอ้างอิงจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) ดังนี้

1. การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement motivation) หมายถึง ความมุ่งมั่นจะปฏิบัติราชการให้ดีหรือให้เกินมาตรฐานที่มีอยู่ โดยมาตรฐานนี้อาจเป็นผลมาจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของตนเอง หรือเกณฑ์วัดผลสัมฤทธิ์ที่ส่วนราชการ/หน่วยงานกำหนดขึ้น อีกทั้งยังหมายรวมถึงการนสร้างสรรค์พัฒนาผลงานหรือกระบวนการปฏิบัติงานตามเป้าหมายที่ยากและท้าทายชนิดที่อาจไม่เคยมีผู้ใดสามารถกระทำได้มาก่อน

2. การบริการที่ดี (Service mind) หมายถึง ความตั้งใจและความพยายามของบุคคลในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนตลอดจนของหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise) หมายถึง ความขวนขวาย สนใจ ใฝ่รู้เพื่อสั่งสม พัฒนา ศักยภาพ ความรู้ ความสามารถของตนในการปฏิบัติงาน ด้วยการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งรู้จักพัฒนาปรับปรุง ประยุกต์ใช้ความรู้เชิงวิชาการและเทคโนโลยีต่างๆ เข้ากับการปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์

4. จริยธรรม (Integrity) หมายถึง การครองตนและประพฤติปฏิบัติถูกต้องเหมาะสมทั้งตามหลักกฎหมายและคุณธรรมจริยธรรม ตลอดจนหลักแนวทางในวิชาชีพของตน โดยมุ่งประโยชน์ขององค์กรและประเทศชาติมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ทั้งนี้เพื่อธำรงรักษาศักดิ์ศรีแห่งอาชีพของตน อีกทั้งเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนผลักดันให้ภารกิจหลักขององค์กรและรัฐบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

5. ความร่วมแรงร่วมใจ (Teamwork) หมายถึง สมรรถนะที่เน้น 1) ความตั้งใจที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งในทีมงาน หน่วยงาน หรือองค์กร โดยผู้ปฏิบัติมีฐานะเป็นสมาชิกในทีม มิใช่ในฐานะหัวหน้าทีม และ 2) ความสามารถในการสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกทีม

6. การพัฒนาศักยภาพคน (Caring and developing other) หมายถึง ความตั้งใจจะส่งเสริมการเรียนรู้หรือการพัฒนาผู้อื่นในระยะยาว โดยมุ่งเน้นเจตนาที่จะพัฒนาผู้อื่นและผลที่เกิดขึ้น มากกว่าเพียงปฏิบัติไปตามหน้าที่

7. การดำเนินงานเชิงรุก (Pro activeness) หมายถึง การเล็งเห็นปัญหาหรือโอกาส พร้อมทั้งลงมือจัดการปัญหานั้นๆ หรือใช้โอกาสที่เกิดขึ้นให้เกิดประโยชน์ต่องาน ด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์และแปลกใหม่

8. การคิดวิเคราะห์ (Analytic thinking) หมายถึง การทำความเข้าใจสถานการณ์ ประเด็นปัญหา แนวคิด หลักทฤษฎี ฯลฯ โดยการแจกแจงแตกประเด็นออกเป็นส่วนย่อยๆ หรือวิเคราะห์สถานการณ์ทีละขั้นตอน รวมถึงการจัดหมวดหมู่ปัญหาหรือสถานการณ์อย่างเป็นระบบระเบียบ เปรียบเทียบแง่มุมต่างๆ สามารถระบุได้ว่าอะไรเกิดก่อนหลัง ตลอดจนระบุเหตุผลที่มาที่ไปของกรณีต่างๆ ได้

9. การมองภาพองค์รวม (Conceptual thinking) หมายถึง การคิดในเชิงสังเคราะห์ มองภาพองค์รวม จนได้เป็นกรอบความคิดหรือแนวคิดใหม่ อันเป็นผลมาจากการสรุปรูปแบบประยุกต์แนวทางต่างๆ จากสถานการณ์หรือข้อมูลหลากหลาย และนานาทัศนะ

10. สภาวะผู้นำ (Leadership) หมายถึง ความตั้งใจหรือความสามารถในการเป็นผู้นำของกลุ่มคน รวมถึงการกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย วิธีการทำงาน ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือทีมงานปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น เต็มประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

สำหรับต่างประเทศนั้น สมาคมผู้บริหารทางการพยาบาลสหรัฐอเมริกา (The American Organization of Nurse Executives : AONE) (AONE, 2005) ได้ทำการทบทวนและเผยแพร่ บทบาทหน้าที่และสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาล (Nurse executives competencies) เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2005 และได้กำหนดสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลไว้ 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การติดต่อสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ (Communication and relationship-building) 2) ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Knowledge of healthcare environment) 3) ทักษะภาวะผู้นำ (Leadership skills) 4) ความเป็นวิชาชีพ (Professionalism) และ 5) ทักษะทางด้านธุรกิจ (Business skills)

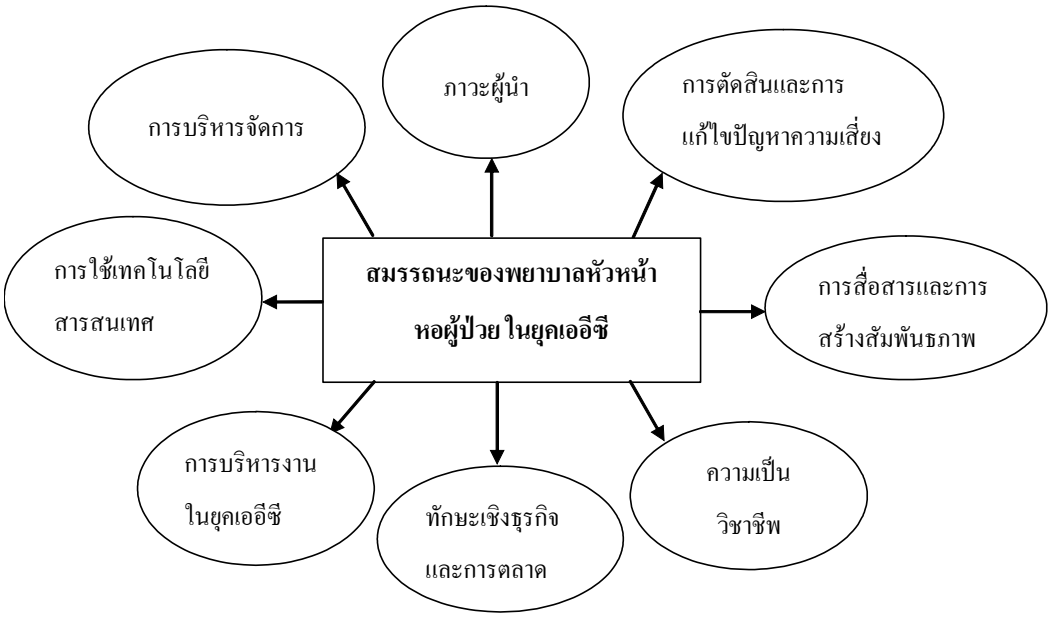
สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซี

การวางตัวผู้บริหารงานบุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อองค์กรนั้น บุคลากรที่สำคัญอันดับแรกที่จะนำองค์กรให้ก้าวหน้าที่สำคัญ คือ กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในระบบบริการพยาบาลอย่างแท้จริง สามารถนำบริการการพยาบาลทุกระดับสู่คุณภาพได้อย่างรวดเร็ว ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพของบุคคลกลุ่มนี้ และจะต้องแสดงศักยภาพให้เป็นที่ประจักษ์ อีกทั้งยังจะนำองค์กรพยาบาลให้ก้าวหน้าและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในระบบบริการพยาบาลอย่างแท้จริง สามารถนำบริการการพยาบาลทุกระดับไปสู่ผู้ใช้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลที่จะต้องแสดงศักยภาพให้เห็นเป็นที่ประจักษ์

ในสังคมโลกแห่งการเปลี่ยนแปลงในยุคของโลกาภิวัตน์ ทำให้ลักษณะของผู้นำในศตวรรษที่ 21 เปลี่ยนแปลงไปด้วย กอปรกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนใน พ.ศ. 2558 หมายถึงการเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียว การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของอาเซียน การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเสมอภาค รวมถึงการบูรณาการเข้ากับเศรษฐกิจโลก โดยมีพื้นฐานที่แข็งแกร่งทางกฎหมายและ มีองค์กรรองรับการดำเนินการเข้าสู่เป้าหมายภายใน พ.ศ. 2558 ความร่วมมือด้านเศรษฐกิจของอาเซียนจึงมีเป้าหมายชัดเจนที่จะนำไปสู่การรวมตัวทางเศรษฐกิจในภูมิภาคอาเซียน โดยได้มีการจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียนให้ขยายครอบคลุมไปสู่ทุกสาขาหลักทางเศรษฐกิจ ทั้งในด้านการค้าและบริการ จากการจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Arrangement : MRA) เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องต้องรับรู้และเข้าใจ และต้อง

มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนใน พ.ศ. 2558

ในการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนย่อมส่งผลกระทบให้หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับเออีซี อาทิ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ ในอาเซียน ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพการพยาบาล ของอาเซียน และการพัฒนาตนเองด้านการใช้ภาษาอังกฤษ เป็นต้น จากการสัมมนาวิชาการ เรื่อง “นักวิชาชีพพยาบาลไทยพร้อมหรือยังกับการเข้าสู่เออีซี?” มีประเด็นข้อเสนอแนะจากการสัมมนาวิชาการว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลไทยทุกระดับต้องเตรียมความพร้อมรับการเข้าสู้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2554) กอรปกับการดำเนินการตามข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพการพยาบาลของอาเซียนจะส่งผลให้มีชาวต่างชาติเดินทางเข้าใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของประเทศไทย หรืออาจมีพยาบาลต่างชาติเดินทางเข้าปฏิบัติงานในประเทศไทยด้วย จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับเพื่อรองรับการขยายตัวของการให้บริการพยาบาล โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น มีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผน มอบหมายงาน ตรวจสอบ ควบคุม นิเทศ ประสานงานและประเมินผลงาน แก้ไขปัญหาในด้านการพยาบาล เพื่อปรับปรุงด้านการบริหารการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซี จึงต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะ ดังนี้ (เบ็ญจวรรณ พุทธิอังกูร, 2557)



แผนภูมิที่ 1 สมรรถนะหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซี

1. สมรรถนะการบริหารจัดการ การบริหารจัดการ ถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วย ช่วยสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ทำให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจในการทำงาน มีการใช้ความรู้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทำให้เกิดประสิทธิผลของผลงานและประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในสภาวะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านบริการสุขภาพนั้นย่อมต้องการการเสริมทักษะด้านความเป็นผู้นำและการบริหารจัดการ และต้องใช้การบูรณาการบทบาทของผู้นำและหน้าที่ในการบริหารจัดการ (Marquis and Huston, 2012) และสำนักการพยาบาล (2550) ได้กำหนดให้การบริหารและกำกับดูแลเป็นหน้าที่รับผิดชอบหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องสามารถวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย และนำนโยบายหลักของโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาล มากำหนดทิศทางเป้าหมายในการทำแผนกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย นำกลยุทธ์มาสู่การปฏิบัติ สามารถปรับปรุงและพัฒนาแผนงานให้ทันสมัยเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ สามารถบริหารความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นผู้นำที่ริเริ่มการให้การพยาบาลที่ทันสมัยและมีคุณภาพ สามารถจูงใจและโน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชาให้ความร่วมมือในการทำงาน รวมทั้งสามารถบริหารความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วย

2. สมรรถนะภาวะผู้นำ ภาวะผู้นำเป็นพื้นฐานและเป็นสมรรถนะหลักของวิชาชีพที่ต้องแสดงภาวะผู้นำและการบริหารจัดการตนเอง จัดการผู้ใต้บังคับบัญชา จัดการงานที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่หลากหลาย อีกทั้งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อพยาบาลก้าวสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยยิ่งส่งเสริมให้บทบาทในการเป็นผู้นำเด่นชัด ตามบทบาทที่รับผิดชอบที่จะนำหน่วยงานให้บรรลุเป้าหมายจากการเปลี่ยนแปลงและการปฏิรูประบบต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อองค์การสุขภาพ ทำให้บทบาทของผู้นำมีความซับซ้อนมากขึ้น และเพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพและนำไปสู่ประสิทธิผลขององค์การ ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยควรเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพดีเป็นที่น่าเชื่อถือ ศรัทธามีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และแสดงออกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป มีความยืดหยุ่น ยอมรับและปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี รวมทั้งยึดหลักคุณธรรม เมตตาธรรม เป็นพื้นฐานในการบริหารงานอย่างยุติธรรม และมีเหตุผลในการบริหารงาน รวมทั้งสามารถเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี

3. สมรรถนะการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและความเสี่ยง การตัดสินใจและแก้ปัญหาความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารจัดการทางการพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการดำเนินงาน และบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารความเสี่ยงในองค์การพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยยังต้องมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาทั้งปัญหาทั่วไปและปัญหาความเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงในองค์การพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงที่ส่งผลต่อชีวิตของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องสามารถวิเคราะห์ระบบและคาดการณ์ปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม สามารถนำทฤษฎีมาประยุกต์ในสถานการณ์ความเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีไหวพริบและความกล้าในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการเพื่อแก้ไขปัญหาความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถรายงานและบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างอย่างชัดเจน ถูกต้อง

4. สมรรถนะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสารเป็นทักษะหนึ่งที่ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมี ไม่ว่าจะเป็นทักษะการพูด การฟัง และการเขียน เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติกับบุคลากร และรับข้อมูลย้อนกลับได้อย่างสร้างสรรค์

มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพิ่มช่องทางการสื่อสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา และเปิดโอกาสให้พยาบาลในหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบริหารงาน ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว สามารถประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประสานงานและเจรจาต่อรองเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ใต้บังคับบัญชา สามารถจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้ใช้ความรู้ความสามารถและทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มที่ รวมทั้งสามารถสร้างความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในหอผู้ป่วย

5. สมรรถนะความเป็นวิชาชีพ ความเป็นวิชาชีพเป็นสมรรถนะที่ผู้บริหารทุกระดับต้องมี เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วย ซึ่งกองการพยาบาล ได้กำหนดบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยว่าต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านปฏิบัติการทางคลินิกในสาขาที่ตนปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้เกิดความศรัทธาแก่ผู้ปฏิบัติงาน และเข้าใจถึงปัญหาทางการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องตระหนักถึงบทบาทในความเป็นวิชาชีพ ต้องมีองค์ความรู้และทักษะเฉพาะในการปฏิบัติงาน บทบาทการนิเทศและการประเมินผลงานและใช้เครื่องมืออย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการพัฒนางาน ส่งเสริมบรรยากาศวิชาการ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพ ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยควรยึดมั่นประพฤติและปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความรู้ที่ทันสมัยในศาสตร์ของวิชาชีพและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง สามารถนำความรู้เชิงประจักษ์และผลการวิจัยมาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้นำการเรียนรู้และพัฒนาตนเองทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เป็นแบบอย่างในการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการในที่ประชุมวิชาการทั้งในและต่างประเทศ หรือตีพิมพ์ในวารสาร รวมทั้งสามารถสร้างความร่วมมือกับบุคคลทั้งกลุ่มที่อยู่ในและนอกวิชาชีพเพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพด้วย

6. สมรรถนะการบริหารเชิงธุรกิจและการตลาด จากการปฏิรูประบบสุขภาพและการปฏิรูประบบบริการพยาบาลและการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ส่งผลให้เกิดการแข่งขันในเรื่องของคุณภาพการบริการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งผู้บริหารควรจะต้องมีการสร้างกลยุทธ์ที่เป็นรูปธรรม เพื่อจะได้แนวทางในการดำเนินการสู่ความสำเร็จ ทำให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพจึงต้องดำเนินต่อไปอย่างไม่มีวันสิ้นสุด จากความต้องการของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพและบริการพยาบาลในปัจจุบันส่งผลให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนทิศทางของระบบบริการการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนมากที่สุด และสอดคล้องกับสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งส่วนหนึ่งบ่งบอกถึงคุณภาพการบริการ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นแกนสำคัญที่จะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง จึงจำเป็นต้องนำหลักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การบริหารเชิงธุรกิจและการตลาดมาประยุกต์ในการบริหารจัดการ เช่นเดียวกับสมรรถนะที่จำเป็นของผู้นำทางการพยาบาลของสมาคมผู้บริหารทางการพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Organization of Nursing Executive : AONE, 2005) ที่ระบุว่าผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีสมรรถนะการบริหารเชิงธุรกิจและการตลาด ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการบริหารจัดการในการพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหอผู้ป่วย การวิเคราะห์ต้นทุนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการควบคุมค่าใช้จ่าย ควบคุมการใช้วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และครุภัณฑ์ให้เป็นไปอย่างประหยัด ถูกต้อง คุ้มค่า คุ้มทุน และเหมาะสมกับชนิดของการใช้งาน รวมทั้งสามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุด

7. สมรรถนะการบริหารงานในยุคเออีซี ในบริบทของการเปลี่ยนแปลงด้านโลกาภิวัตน์ที่การสื่อสารไร้พรมแดน ความทันสมัยของเทคโนโลยี ความเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยของประชากรโลก ทำให้ผู้ใช้บริการมีความหลากหลายและแตกต่างทั้งด้าน

เชื้อชาติ ศาสนา ภาษาและวัฒนธรรม อีกทั้งในปี 2558 การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนส่งผลให้พยาบาล มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาทักษะการสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษ หากพยาบาลมีความสามารถด้านภาษาอังกฤษและภาษาเพื่อนบ้านหรือภาษาสากลอื่นๆ ย่อมทำให้สามารถเข้าใจภาษา วัฒนธรรมและให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ รวมทั้งสามารถใช้สื่อสารในการนำเสนอข้อมูลหรือผลงานที่จะช่วยให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับสากลและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยควรพัฒนาทักษะการบริการงานในยุคเออีซี ซึ่งผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญกับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและการมีส่วนร่วมในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพอาเซียน และการมีส่วนร่วมในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพการพยาบาลของอาเซียน และสามารถสร้างเครือข่ายกับพยาบาลในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนได้ อีกทั้งยังต้องพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการพัฒนาบุคลากร และพัฒนาตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษหรือภาษาอื่น ดูแลให้มีการสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษ หากพยาบาลมีความสามารถด้านภาษาอังกฤษและภาษาเพื่อนบ้านหรือภาษาสากลอื่นๆ ย่อมทำให้สามารถเข้าใจวัฒนธรรมและการให้พยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการผู้ใช้บริการ

8. สมรรถนะเทคโนโลยีและสารสนเทศ ปัจจุบันความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีนานาประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านข้อมูลข่าวสารทั้งด้านการผลิตและการเผยแพร่ด้วยเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามากขึ้นมีผลกระทบต่อวิชาชีพรวมทั้งวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นการบริหารจัดการย่อมมีการเปลี่ยนแปลงด้วยเพื่อให้ก้าวทันโลกปัจจุบันและในอนาคต การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพของผู้บริหาร จำเป็นต้องมีข้อมูลที่แม่นยำถูกต้อง เที่ยงตรงและสามารถเรียกใช้ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม การนำระบบเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมมาใช้จะสามารถลดเวลาสำหรับพยาบาลในการรอคอย ลดหน้าที่เสมียนและใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารภายในและระหว่างองค์การมากขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีความสามารถในการค้นคว้าข้อมูลหรือความรู้จากฐานข้อมูลทางอินเตอร์เน็ตและใช้ประโยชน์จากคอมพิวเตอร์ได้เป็นอย่างดี เพราะปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการพยาบาลอย่างมากและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงแสวงหาองค์ความรู้ใหม่นำมาใช้ในการพัฒนางานและพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง สามารถจัดการข้อมูลสารสนเทศและใช้ข้อมูลสารสนเทศให้เป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการ รวมทั้งยังสามารถสร้างเครือข่ายวิชาชีพได้ด้วย

โดยสรุป การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนใน พ.ศ. 2558 จะส่งผลกระทบต่อวิชาชีพการพยาบาล ทั้งในส่วนของผู้ปฏิบัติการพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคเออีซีจึงต้องมีสมรรถนะที่เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของวิชาชีพการพยาบาลที่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับความเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อมขององค์กร หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องเพิ่มสมรรถนะในด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ด้านความรู้เกี่ยวกับอาเซียน ภาษาอังกฤษและภาษาอื่นในอาเซียน เพื่อให้สามารถเข้าใจภาษา วัฒนธรรมและให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2552). *การบริหารการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน. (2554). *เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ เรื่อง "นักวิชาชีพพยาบาลไทยพร้อมหรือยังกับการเข้าสู่เออีซี?"*. นครปฐม : มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร.(2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์กรพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์โอ อินเตอร์มีเดีย.

เบ็ญจวรรณ พุทธิอังกูร. (2557). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง "วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน"*. นครปฐม : โรงพิมพ์ จามจุรีโปรดักส์.

ทัศนา บุญทอง และรุจา ภู่ไพบูลย์. (2554). "เข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ปี พ.ศ. 2558 : ผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่พยาบาลควรรู้". *วารสารการพยาบาล*. 60(4) : 1-9.

วิจิตร ศรีสุพรรณ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และกฤษดา แสวงดี. (2555). "การเตรียมความพร้อมของวิชาชีพการพยาบาลเมื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน". *วารสารสภาการพยาบาล*. 27(3) : 5-10.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *การศึกษาคุณลักษณะผู้นำทางการพยาบาลที่พึงประสงค์*. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *หน้าที่ความรับผิดชอบหลักและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ*. นนทบุรี : สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2548). *มาตรฐานและแนวทางการกำหนดความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็น สำหรับตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญ*. บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.

American Organization of Nursing Executive. (2005). *"AONE Nursing Executive competencies Nurse Leader". American Organization of Nursing Executive*. 3 (1) : 15-22.

Marquis B.L and Huston C. J. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing*. Theory and application. 3rd ed. New York : Lippincott.

Patricia S.Y. and Karen. E. (2006). *Beyond leading and managing*. USA. New York : Elsevier Inc.

Sherman, R.O. (2003). "Development of a Leadership Competency Model". *Journal of Nursing Administration*. 37 (2) : 85-94.

Sullivan, E.J. and Decker, P. J. (2005). *Effective leadership and management in nursing*. 6th ed. New York : Pearson Education. Inc.

บันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
Ten Steps to Successful Breastfeeding

มัณฑนา สุขศรีอินทร์*

บทคัดย่อ

น้ำนมแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่สำคัญที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับทารก เป็นยอดอาหาร สำหรับทารกในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิตซึ่งไม่มีอาหารชนิดอื่นมาทดแทนได้ น้ำนมแม่ประกอบไปด้วยสารอาหารครบถ้วนในปริมาณที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีคุณลักษณะพิเศษที่อาหารชนิดอื่นไม่มี คือมีภูมิคุ้มกันโรค ฮอร์โมน ตลอดจนอนุมูลอิสระที่จำเป็นสำหรับทารกในการป้องกันความเจ็บป่วย อีกทั้งยังเป็นต้นทุนทางสมองที่ดีสำหรับทารก ส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างแม่ – ลูก นอกจากจะเกิดประโยชน์สูงสุดกับลูกแล้ว ยังเกิดประโยชน์กับแม่ด้วย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการสร้างพื้นฐานที่ดีเป็นบันไดขั้นแรกในการสร้างเยาวชนที่กำลังจะเติบโตงอกงามเป็นประชากรที่ดีของสังคม การที่มารดาไม่ได้รับการดูแลหรือคำแนะนำในระยะตั้งครรภ์ที่ถูกต้องทำให้ขาดทักษะ และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง ทำให้มารดาไม่เข้าใจ ขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ รวมทั้งไม่มีที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพต้องได้รับการพัฒนากระบวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกวิธี การปฏิบัติ 10 ขั้นตอนตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้กำหนดขึ้นมานั้นเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จสูงสุดของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

Breast milk is best for your baby. Moreover the unique nutritional source of breast milk supplement well beyond the basic nutrition that your baby needs in the first six months of life. It contains all of the essential nutrients, antibodies and other factors important for the baby's growth and development. It also boosts the baby's intelligence- it cannot be replicated. Breast milk promotes physical, emotional and social development and it develops the bonding between the mother and child. Mothers who were not taken care of or did not get any advice during pregnancy lack knowledge and experience about proper breastfeeding. The World Health Organization and UNICEF have developed a summary of the maternity practices necessary to support breastfeeding. The TEN STEPS TO SUCCESSFUL BREASTFEEDING aims to reach the ultimate success of breastfeeding.

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นพฤติกรรมที่ธรรมชาติกำหนด ทารกแรกเกิดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการดูด การกลืนได้ตั้งแต่ภายในระยะหลังคลอดทันที ซึ่งเป็นระยะที่ทารกตื่นตัวมากที่สุด แต่ถึงแม้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องธรรมชาติก็ตาม แต่มารดายังต้องการคำแนะนำจากทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนเพื่อช่วยเหลือทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงได้กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลและสถานผดุงครรภ์ทั่วโลกขึ้น เรียกว่า บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten steps to successful breastfeeding) เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปีหรือนานมากกว่านั้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)

บันไดขั้นที่ 1 มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษร ที่สื่อสารถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นประจำ

สถานบริการสุขภาพในส่วนของรัฐบาลและเอกชนควรเขียนนโยบาย และแผนปฏิบัติการให้ครอบคลุมบันได 10 ขั้น รวมทั้งหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และปิดประกาศให้เห็นได้ชัดเจนไว้ทุกสถานที่ที่ให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนต้องได้รับการชี้แจงและจัดทำแนวปฏิบัติที่สามารถสื่อกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นโยบายที่กำหนดขึ้นควรสอดคล้องกับองค์ความรู้ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่ถูกต้องและทันสมัย ควรปรับปรุงแผนปฏิบัติการตามการประเมินผลการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และสนับสนุนในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แผนปฏิบัติการอาจมีรายละเอียดในการปฏิบัติแตกต่างกันไปได้ในแต่ละหน่วยงาน เอกสารหลักๆ ที่ควรจัดทำไว้ ได้แก่ (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2554)

1) นโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

2) โปรแกรมการดูแลปัญหาเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่อาจเกิดขึ้น

3) เอกสารความรู้สำหรับพ่อแม่ เกี่ยวกับการดูแลลูก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลหญิงหลังคลอด และบทบาทของสามี เป็นต้น

4) Job description ของบุคลากรทุกระดับ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เริ่มตั้งแต่การรับบริการฝากครรภ์ในครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ มีการให้บริการฝากครรภ์ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ค้นหาความผิดปกติของร่างกาย ให้การดูแลรักษาโรคที่มีมาก่อนการตั้งครรภ์ และโรคที่เกิดจากการตั้งครรภ์ รวมทั้งวางแผนเตรียมความพร้อมในการคลอดบุตร และที่สำคัญที่สุดคือ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลจะทำให้หญิงตั้งครรภ์รวมทั้งสามีและญาติรับรู้ร่วมกันถึงแนวปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งเป็นบันไดขั้นที่ 1 สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (พัทยา แก้วสาร, 2557)

บันไดขั้นที่ 2 ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนให้มีทักษะที่จะนำนโยบายที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติ

บุคลากรในสถานบริการแม่และเด็กทุกคนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง เพื่อให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวแก่หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด สามี ตลอดจนบุคคลในครอบครัวได้ ดังนั้นจึงควรจัดอบรมเจ้าหน้าที่ทุกคนทั้งเก่าและใหม่ให้มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบันได 10 ขั้น เป็นจำนวนอย่างน้อย 18 ชั่วโมง ร่วมกับการปฏิบัติในคลินิกอย่างน้อย 3 ชั่วโมงหรือมากกว่า (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2554) เนื้อหาควรประกอบด้วยเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กายวิภาคและสรีรวิทยาเกี่ยวกับการสร้างและหลั่งน้ำนม ประโยชน์ของน้ำนมแม่ต่อลูกและมารดา เทคนิคการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลยุทธ์ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาและอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บทบาทของมารดา สามี และครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การปรับพฤติกรรมสู่บทบาทการเป็นมารดา สถานการณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น อีกทั้งควรจัดหน่วยงานหรือศูนย์ฝึกอบรมบุคลากรในสถานบริการแม่และเด็กเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติให้กับบุคลากรทุกระดับ รวมถึงการปรับปรุงรูปแบบการสอนให้ทันสมัยอยู่เสมอและเน้นการสอนโดยการมีส่วนร่วมของสามีและครอบครัว รวมถึงการปรับทัศนคติของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้แม่ลดความตั้งใจและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ พบว่า เกิดจากการปฏิบัติของบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น ขาดการให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ และการปฏิบัติตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Yantaporn, et al. 2012) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจะต้องประเมินและปรับทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การมีทัศนคติที่ดีนั้น ย่อมเกิดจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง พยาบาลควรประเมินทัศนคติของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะในปัจจุบันสื่อต่างๆ มีการโฆษณาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมมากมายและวิธีการเข้าถึงข้อมูลเหล่านั้นสามารถทำได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ซึ่งอาจทำให้มารดาได้รับข้อมูลที่ผิดพลาด จนเกิดการซึมซับโดยไม่รู้ตัว และพยาบาลควรปรับทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ วิธีสำคัญประการหนึ่งที่

สามารถปรับทัศนคติหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับนมแม่อย่างถูกต้องจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจส่งผลต่อทัศนคติเชิงบวกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Sincharoen & Winyan, 2009) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องเข้ารับการอบรมเพื่อช่วยเพิ่มพูนทักษะในการนำนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และยังช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจในการให้คำแนะนำการสอน การสาธิต อีกทั้งยังให้ข้อมูลทางเลือกกับครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ได้อีกด้วย ดังนั้นสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงจัดโครงการอบรม "มิสนมแม่ (Miss Breastfeeding)" ขึ้น และหวังว่า มิสนมแม่จะสามารถช่วยปกป้อง สนับสนุน ส่งเสริม ให้เด็กได้กินนมแม่ตามสิทธิที่เด็กพึงได้รับ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งมิสนมแม่หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถในด้านการให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขและช่วยเหลือและสามารถประสานงานเครือข่ายทั้งในและนอกหน่วยงานเพื่อให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อย 1 ปี

2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ซึ่งจะทำการอบรมให้ในภายหลังสำหรับผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นมิสนมแม่แต่ยังไม่ได้รับการอบรม)

3) มีทักษะในการสื่อสารและการให้คำปรึกษา

4) มนุษยสัมพันธ์ดี และเป็นผู้ประสานงานที่ดี

5) มีใจรักพร้อมให้บริการ และพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

6) เชื่อมั่นในคุณค่าของน้ำนมแม่

บทบาทมิสนมแม่ เป็นผู้ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1) ให้บริการ แนะนำ ปรึกษา ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และเมื่อกลับบ้านแล้ว

2) ติดตามแม่หลังคลอด อย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการที่เหมาะสม

3) ติดต่อประสานงานกับบุคลากรในห้องฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด และคลินิกสุขภาพเด็กดี เวชกรรมสังคม เครือข่ายชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี

4) รับ-ส่งต่อแม่หลังคลอดที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปยังเครือข่ายนมแม่ทั้งในและนอกจังหวัด

5) เป็นผู้ริเริ่มหรือมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุน ให้เกิดชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว

6) ร่วมจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับสมาชิกชมรมเป็นประจำทุกเดือน

7) เป็นผู้ประสานหรือรวบรวมข้อมูล สถิติงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

8) เตรียมข้อมูลนำเสนอผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคต่อที่ประชุมของโรงพยาบาลเป็นระยะ

9) ประพฤติตนตามกรอบแห่งจรรยาวิชาชีพและไม่ละเมิดหลักเกณฑ์การตลาดว่าด้วยผลิตภัณฑ์อาหารทารก ทดแทนนมแม่

10) ปฏิบัติวิชาชีพตามกฎหมาย และตามระเบียบของหน่วยงาน มีความเคารพและการรักษาซึ่งความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ความรู้ที่สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับที่เป็นการปฏิบัติในบันไดขั้นที่ 2

บันไดขั้นที่ 3 ชี้แจงหญิงตั้งครรภ์ทุกคนทราบเกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แผนกฝากครรภ์ ควรมีการจัดการสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้วิธีการสอนเป็น

รายกลุ่มและรายบุคคล และเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้ซักถามข้อสงสัย ความวิตกกังวล หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่ สำหรับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนนั้นควรเป็นการพูดอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในการสอนรายกลุ่ม รวมถึงการมีอุปกรณ์ในการสอน สาธิต เช่น ตุ๊กตา โมเดลเต้านม เอกสารแผ่นพับซึ่งสามารถให้หญิงตั้งครรภ์และสามีนำกลับไปศึกษาที่บ้านได้ด้วย

วัตถุประสงค์ของการสอนในครั้งนี้ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนม และแสดงให้เห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นอาหารและวิธีการให้อาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะมีผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ น้ำนมแม่เป็นสารอาหารที่จำเพาะสำหรับลูก มีส่วนประกอบต่างๆ ที่สำคัญกว่า 200 ชนิด เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว สารในระบบภูมิคุ้มกัน ฮอร์โมน สารคัดหลั่งจากตัวแม่ที่มีผลต่อสุขภาพทารก ทารกกินนมแม่มีโอกาสเจ็บป่วยน้อยกว่าทารกกินนมผสม และการที่แม่กับลูกก็ต้องอยู่ด้วยกันในทุกครั้งที่กินนมแม่ ทำให้มีโอกาสดูแลใกล้ชิด ดังนั้นในระยะเริ่มต้นของชีวิต การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นสามปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ทารกเติบโตและมีพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ เสริมจากพันธุกรรม (ศิราภรณ์ สวัสดิวร, 2550)

นอกจากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อจูงใจแม่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อให้นมแม่ด้วย เพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญและความมั่นใจ โดยในระยะตั้งครรภ์ ความรู้ที่พยาบาลควรให้แก่หญิงตั้งครรภ์มีดังนี้ (สุอารีย์ อ้นตระการ, 2550)

1) การดูแลตนเองให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง มีความมั่นใจว่าจะทำได้สำเร็จ และให้ความรู้แก่แม่ดังต่อไปนี้

1.1) ผลดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลเสียของการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม

1.2) กายวิภาค และการทำงานของเต้านม รวมทั้งวิธีการกระตุ้นให้เต้านมสร้างและหลั่งน้ำนม ให้น้ำนมมาเร็ว มามาก และมานานตามที่ต้องการ

2) แนะนำเรื่องโภชนาการเพื่อความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์และของตัวแม่เอง เพื่อให้ร่างกายมีอาหารสะสมไว้พร้อมที่จะสร้างน้ำนมให้ลูกได้อย่างดีภายหลังคลอด

3) การตรวจเต้านมและหัวนม ถ้ามีหัวนมสั้น แบน บอด ต้องแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนคลอด

4) แนะนำการทำความสะอาดและดูแลรักษาเต้านมให้คงสภาพสวยงามไว้ให้มากที่สุด

5) แนะนำให้แม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตัวเองด้วยการมาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกและมาตามนัดเพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด และปราศจากภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดน้อยที่สุด เพื่อแม่และลูกจะได้แข็งแรง และพร้อมที่จะเริ่มกระบวนการให้นมลูก อย่างถูกต้องภายหลังคลอด และประสบความสำเร็จในที่สุด

6) แนะนำสามีและญาติให้มีบทบาทในการช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้สำเร็จ

นอกจากนี้ควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้ตรวจเต้านมและหัวนม เพื่อดูภาวะผิดปกติ เช่น หัวนมสั้น แบน บุ๋ม ทำให้ลูกอมหัวนมลำบาก ดูดไม่ติด เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น หัวนมเจ็บ แตก เต้านมคัดตึง น้ำนมมาน้อย โดยทั่วไปหัวนมจะยาวประมาณ 1 เซนติเมตร ถ้าสั้นกว่านี้ทารกจะดูดลำบาก โดยเฉพาะถ้าลานหัวนมตึงแข็งร่วมด้วย ทารกจะอมหัวนมไม่ติด เช่นเดียวกับหัวนมบอดจากมีพังผืดยึดหัวนมไว้ หัวนมยื่นออกมาไม่ได้ อันจะเป็นเหตุให้นมบุตรไม่ประสบความสำเร็จการช่วยเหลือแก้ไขสามารถทำได้ที่สำคัญควรแก้ไขให้สำเร็จก่อนคลอด การช่วยเหลือมีดังนี้ (สุอารีย์ อ้นตระการ, 2550)

1) ถ้าพบขณะมาฝากครรภ์ต้องแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนคลอด ควรระวังเรื่องของการหดรัดตัวของมดลูก

2) ในระยะหลังคลอด ใช้นิปเปิ้ล พูลเลอร์ (Nipple puller) ช่วยดึงหัวนมก่อนให้ทารกดูดนมและใช้ ที่ปั๊มนม (Breat cup) จะมีประโยชน์มากกรณีเต้านมคัด ลานหัวนมตึง ช่วยจัดท่าอุ้มและวิธีการดูดนมที่ถูกต้องตั้งแต่มื้อแรกซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ทารกดูดนมได้ไม่มีปัญหา

3) ถ้าหัวนมบุ๋ม ใช้นิปเปิ้ล พูลเลอร์ (Nipple puller) หรือใช้กระบอกฉีดยา ที่ดัดแปลงช่วยดึงหัวนมออก เช่นเดียวกับในระยะก่อนคลอด ถ้าลานหัวนมตึงแข็ง แก้ให้นุ่มยืดหยุ่นดีด้วยการใช้ปทุมแก้วครอบหัวนมและใส่ยกทรงทับ ใช้ปทุมแก้วช่วงกลางวันเท่านั้น หลุดใช้ประทุมแก้วเมื่อลานหัวนมยืดหยุ่นดีแล้ว

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับหญิงตั้งครรภ์ และการตรวจแก้ไขหัวนมซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ รวมถึงการสร้างทัศนคติที่ดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งเป็นการปฏิบัติในบันไดขั้นที่ 3

บันไดขั้นที่ 4 ช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดนมแม่โดยเร็วที่สุดภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด

ให้การช่วยเหลือมารดาโดยการนำทารกมาดูดนมมารดาในช่วงหลังคลอดโดยเร็วที่สุด คือ ครึ่งชั่วโมงหลังคลอด (มารดาได้โอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ Skin to skin contact ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด) เนื่องจากในช่วง 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทารกจะมีการตื่นตัว และมีปฏิกิริยาการดูดนมแรงระหว่าง 3 -5 นาทีหลังเกิด จึงควรให้ลูกดูดนมแม่โดยเร็วภายใน 1/2 - 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และช่วยเหลือมารดาให้ลูกดูดนมแม่เมื่อพร้อมและคอยช่วยเหลือเมื่อมารดาต้องการ เพราะทารกแรกคลอดจะตื่นตัวมากที่สุด (Quiet alert) ทารกจะมีการตอบสนองต่อการดูดนมได้ดี ดังนั้นระยะนี้จึงเป็นระยะที่เหมาะสมที่จะนำบุตรมาดูดนมมารดา นอกจากจะส่งเสริมการทำหน้าที่ของปฏิกิริยาการดูดกลืน (Sucking reflex) ของทารกแล้ว ยังทำให้น้ำนมเหลืองและสิ่งคัดหลั่งที่คั่งค้างอยู่ภายในท่อน้ำนมและถุงน้ำนมของมารดาในระยะแรกถูกระบายออก น้ำนมเหลืองจึงไม่ขังอยู่ในท่อน้ำนมและถุงน้ำนมนานเกินไป การดูดกระตุ้นของทารกจึงทำให้เต้านมว่างก่อนที่จะมีอาการคัดตึงเกิดขึ้น เพราะการไหลออกของน้ำนมเหลืองและสิ่งคัดหลั่งภายในถุงน้ำนมทำให้ท่อน้ำนมเปิดออก ถุงน้ำนมจะไม่ยืดขยายมาก ในขณะเดียวกันในช่วงระยะชั่วโมงแรกๆ หลังคลอด ก็เป็นระยะตื่นตัวของมารดา (Maternal sensitive period) ดังนั้นจึงเป็นระยะที่สามารถก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกได้ง่าย และเป็นการรักษาระดับของฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) ให้มาสม่ำเสมอ (วิไลพันธ์ สวัสดิ์พาณิชย์, 2554) และยังส่งผลดีอีกดังนี้ (สุอารีย์ อ้นตระการ, 2550)

1) กระตุ้นให้เกิดความผูกพันทางจิตใจระหว่างมารดาและทารก (Bonding and Attachment) โดยที่ระยะหลังคลอด หากนำลูกมาสัมผัสและให้ดูดนมมารดาทันที จะกระตุ้นให้มารดาและทารกมีพันธะผูกพันทางจิตใจได้ดีที่สุด

2) กระตุ้นให้เกิดความเป็นแม่ (Maternal behavior) มากขึ้น เนื่องจากฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ในเลือดมารดาที่มีระดับสูงขึ้น เนื่องจากการดูดของทารกนั้นจะกระตุ้นให้มารดาเกิดความเป็นแม่มากขึ้น ซึ่งจะทำให้มารดาดูแลเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิด แต่ความเป็นแม่ที่ถูกกระตุ้นให้เกิดมากขึ้นนั้นจะคงอยู่ชั่วระยะเวลาอันสั้น ลูกต้องดูดนมแม่ต่อไปเรื่อยๆ จึงจะกระตุ้นให้แม่เอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่อง

3) ให้เชื้อโรคที่จะเกิดขึ้นที่ผิวหนังทารก (Colonization) เป็นเชื้อที่มาจากผิวหนังมารดาเพราะมารดาจะสร้างภูมิคุ้มกันเชื้อโรคนั้นๆ (ในรูป secretory IgA) และหลั่งออกมาในน้ำนม ทำให้ทารกที่ได้ดูดนมมารดามีภูมิคุ้นกันต่อเชื้อนั้นๆ ด้วย ไม่ใช่เป็นเชื้อ

ในห้องอภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งอาจมาจากแพทย์ พยาบาล หรือเชื้อโรคของโรงพยาบาลเอง ที่ทารกจะไม่มีและไม่ได้รับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเหล่านี้เลย

4) ให้ทารกได้รับสารต่อต้านเชื้อโรคที่มีอยู่ในนมมารดาหลายชนิด รวมทั้งภูมิคุ้มกันเชื้อโรคอย่างรวดเร็วซึ่งนับได้ว่าเป็นการให้ภูมิคุ้มกัน (Passive immunization) หยดแรกแก่ชีวิตทารก

5) ทำให้ลำไส้ทารกมีเชื้อจุลินทรีย์เกิดขึ้นเร็ว ซึ่งจะช่วยเปลี่ยนแปลงและขับถ่ายสารที่ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง (Bilirubin) ทำให้ช่วยป้องกันอาการตัวเหลืองในลูกอีกทางหนึ่ง มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมักพบปัญหาการให้นมอันเนื่องมาจากความอ่อนเพลียจากการผ่าตัด จากการงดอาหารและน้ำดื่มในระหว่างการคลอดและหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ตลอดจนการได้รับการวางยาสลบอาจทำให้มารดาง่วงและการตอบสนองต่างๆ ไม่ดีเท่าที่ควร พยาบาลจึงควรให้กำลังใจแก่มารดาและให้การช่วยเหลือเป็นพิเศษโดยการนำลูกมาดูดนมแม่บ่อยๆ และอย่างถูกวิธีจนกว่ามารดาจะสามารถช่วยตัวเองได้ สำหรับมารดาที่ได้รับการวางยาสลบทั่วไป (General anesthesia) ควรนำทารกมาดูดนมมารดาทันทีภายหลังจากมารดาเริ่มรู้สึกตัวตอบสนองได้ปกติแล้วสามารถให้ได้ภายใน 2 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด กรณีที่ให้ยาชาทางไขสันหลัง (Epidural anesthesia) สามารถนำทารกมาดูดนมจากเต้าได้ภายใน 1/2 – 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (สุอารีย์ อ้นตระการ, 2550)

ดังนั้นบทบาทพยาบาลควรเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการนอน – การตื่น และการตอบสนองต่อปฏิกิริยาของทารกแรกเกิด เพื่อให้เข้าใจและตอบสนองทารกได้ถูกต้องและไม่เครียด เมื่อนำลูกมาให้ดูดนมแม่ครั้งแรกหลังคลอด ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคการให้นมแม่อย่างถูกต้องจะช่วยให้มารดามีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะให้นมแม่ต่อไป จะช่วยป้องกันปัญหาเจ็บหัวนมและปัญหาอื่นที่อาจเกิดขึ้นจากการให้นมแม่ไม่ถูกต้องด้วย (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2554) นับเป็นการปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 4

บันไดขั้นที่ 5 แสดงให้แม่เห็นวิธีการให้นมที่ถูกต้องและการคงสภาพของการหลั่งน้ำนม (แม้ว่าแม่กับลูกต้องแยกจากกัน)

บุคลากรในแผนกฝากครรภ์ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิค ท่าอุ้ม วิธีในการให้นมบุตรที่ถูกต้อง รวมทั้งฉายภาพวิดีทัศน์ สาธิตและให้หญิงตั้งครรภ์สามี สาธิตย้อนกลับวิธีการอุ้มในนมบุตรโดยวิธีที่ถูกต้อง พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่พบ พร้อมทั้งช่วยกันเสนอแนวทางในการแก้ไข

ในระยะหลังคลอด ดูแลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การดูดนมของทารก ลักษณะของการงับ (อม คาบ) หัวนม/ลานนมที่ถูกต้อง วงจรการดูดนมแม่และท่าอุ้มในการให้นมบุตร ซึ่งท่าอุ้มในการให้นมบุตรเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ทารกงับหัวนม/ลานนมได้ติด ทำให้ทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มารดาสามารถให้นมทารกได้หลายท่า ทั้งท่านั่ง หรือท่านอน ไม่ว่าจะอุ้มท่าไหน มีจุดสำคัญ 4 ประการที่ต้องสังเกตในท่าการอุ้มทารกให้นมของมารดาคือ (กรรณิการ์ บางสายน้อย, 2550)

1) ศีรษะและลำตัวของทารก อยู่ในแนวเดียวกัน (Straight line)

2) หน้าของทารกหันเข้าหาเต้านมมารดา (Face the breast) จมูกทารกอยู่ตรงข้ามหัวนมมารดาพอดี (Nipple to nose)

3) มารดาอุ้มทารกแนบชิดตัว (Close)

4) ในทารกแรกเกิด บริเวณส่วนล่างของลำตัวต้องมีการประคองด้วย (ใช้มือมารดาประคองหรือใช้หมอน) ในทารกที่โตขึ้น การประคองบริเวณศีรษะไหล่ มักจะเพียงพอ ท่าอุ้มในการให้บุตรดูดนมมาตรฐาน 4 ท่า ที่ควรให้การแนะนำมารดาในการอุ้มเพื่อมารดาจะได้อุ้มท่าที่ถนัดที่สุด หรือท่าที่เหมาะสมกับสภาวะขณะนั้น ได้แก่

4.1) ท่านั่งขวางตัก (Cradle hold) มารดาอุ้มทารกวางบนตัก ประคองศีรษะทารก โดยให้ศีรษะทารกวางบนท้องแขนของมารดา ใช้มือและแขนอีกข้างประคองบริเวณก้นและต้นขา (หรืออาจใช้แขนข้างเดียว

กันกับที่ประคองศีรษะลูก) เป็นท่าที่มารดาส่วนใหญ่ถนัดมากที่สุด

4.2) ท่านั่งขวางตักประยุกต์ (Modified cradle) มารดาใช้ฝ่ามือจับศีรษะทารกบริเวณท้ายทอย ทารกดูดนมมารดาด้านตรงข้ามกับฝ่ามือที่มารดาจับทารก ในท่านี้สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะทารก ซึ่งจะช่วยได้มากในทารกที่เกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย เพราะกล้ามเนื้อบริเวณคอยังไม่แข็งแรง หรือทารกที่มีปัญหาดูดนมแล้วหลุดบ่อยๆ

4.3) ท่าอุ้มลูกฟุตบอล (Football hold) มารดาใช้ฝ่ามือจับศีรษะบริเวณท้ายทอย ซึ่งจะช่วยให้มารดาสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะทารกได้ ส่วนลำแขนมารดาประคองไหล่ ลำตัวทารก ทารกดูดนมมารดาด้านเดียวกันกับแขนมารดาที่ประคองทารก ลำตัวทารกอยู่ด้านข้างใต้รักแร้มารดา ท่านี้มีประโยชน์ในรายมารดาหลังผ่าตัดคลอด ทารกแฝด ทารกตัวเล็กคลอดก่อนกำหนด ทารกที่มีปัญหาดูดนมแล้วหลุดบ่อยๆ ทารกที่ป่วย มารดาที่เต้านมใหญ่ ใช้เป็นท่าเปลี่ยนตำแหน่งการกดของเหงือกทารกเวลามีปัญหาหัวนมเจ็บแตก

4.4) ท่านอน (Side- lying) ท่านี้มารดากับทารกนอนตะแคงเข้าหากัน มารดานอนศีรษะสูงเล็กน้อย ลำตัวไม่งอโค้ง แขนของมารดาโอบหลังทารกให้ชิดลำตัวมารดา อาจใช้หมอนหรือผ้าม้วนหนุนหลังทารกแทนแขนของมารดาได้ ปากของทารกอยู่ระดับเดียวกับหัวนมแม่ ใช้มืออีกข้างประคองเต้านม ท่านี้เป็นท่าที่เหมาะสมสำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ต้องการพักผ่อน และให้นมตอนกลางคืน (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2554)

ส่วนวิธีทำให้น้ำนมคงมีปริมาณพอเพียงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งเช่นกันในการช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการให้นมลูก การสร้างน้ำนมในระยะหลังคลอด 1 -2 วันแรกถูกควบคุมโดยฮอร์โมนโพรแลคตินที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้สร้างน้ำนมเหลือง (Colostrums) เกิดขึ้น แต่การสร้างน้ำนมในระยะต่อมาอาศัยความถี่ในการดูดนมหรือนำน้ำนมออกจากเต้า ดังนั้นการให้ลูกได้ดูดนมสม่ำเสมอทุก 2 -3 ชั่วโมง ครั้งละ 15 - 20 นาที จะสามารถผลิตน้ำนมได้ 750 - 800 มิลลิลิตรต่อวัน ในรายที่มีลูกแฝดสองหรือแฝดสามก็สามารถให้น้ำนมได้ในปริมาณที่เพียงพอโดยอาศัยการกระตุ้นจากการดูดบ่อยๆ (Saint, et al., 1986)

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการจัดท่าอุ้มให้นมบุตร การลักษณะของการงับ (อม คาบ) หัวนม/ลานนมที่ถูกต้อง จะส่งผลให้การดูดนมมีประสิทธิภาพและสามารถสร้างน้ำนมได้อย่างเพียงพอ ช่วยให้มารดา สามี และครอบครัวมีความมั่นใจมากขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งเป็นบันไดขั้นที่ 5

บันไดขั้นที่ 6 งดน้ำ อาหาร หรือเครื่องดื่มอื่นใดแก่ทารกนอกเหนือจากนมแม่ (ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์)

ทารกควรได้รับนมแม่อย่างเดียว ในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอด ยังไม่ควรให้อาหารอื่นแม้แต่นมผสม และให้นมแม่ควบคู่กับอาหารอื่นจนกระทั่งอายุ 2 ปี จะทำให้มีโอกาสเติบโตอย่างแข็งแรงไม่ป่วยบ่อย ลดโอกาสเป็นโรคภูมิแพ้และมีพัฒนาการทางสติปัญญาดี อีกทั้งมีผลดีต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมประหยัดเงินในการซื้อนมผสม ช่วยรักษาสิ่งแวดล้อมและลดภาวะโลกร้อนเนื่องจากช่วยลดการผลิตและการใช้นมผสม อุปกรณ์ในการชงนม การต้มน้ำ การกำจัดขยะที่เกิดจากการใช้นมผสม และนอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยสร้างความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก มารดามีความภูมิใจในตนเองที่สามารถทำหน้าที่แม่ที่ดี

อย่างไรก็ตามมารดาที่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ (พัทยา แก้วสาร , 2557)

1) แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีความผิดปกติทางจิตประสาททั้งในระยะตั้งครรภ์หรือระยะคลอด

2) เป็นวัณโรคระยะติดต่อหรือติดเชื้อเอชไอวี (HIV)

3) มารดามีความผิดปกติของหัวนมและเต้านมเช่น เป็นโรคมะเร็งเต้านม หรือเต้านมอักเสบ

4) กำลังได้รับยารักษาโรคเฉพาะ ยาบางชนิดผ่านสู่น้ำนมมีผลต่อทารกได้

5) ทารกเกิดก่อนกำหนดตัวเล็กมากและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ไม่มีแรงดูดนมได้

6) ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้ไม่สามารถดูดนมได้ บทบาทของพยาบาลจะต้องอธิบายให้มารดาหลังคลอดเข้าใจว่าการให้ทารกกินนมแม่อย่างเดียวนั้น ภายใน 6 เดือนหลังคลอด ทำให้ทารกได้รับสารอาหารเพียงพอ เพราะมารดาบางคนอาจคิดว่าการที่ให้ลูกกินนมแม่เพียงอย่างเดียวอาจทำให้ไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ อีกทั้งควรดูแลให้มารดารับประทานให้เพียงพอ และไม่เครียดซึ่งจะมีผลต่อปริมาณน้ำนมอีกด้วย จึงเป็นการปฏิบัติในบันไดขั้นที่ 6

บันไดขั้นที่ 7 แม่ – ลูกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่แรกเกิด

ภายหลังทารกคลอดแล้วจะต้องนำทารกมาอยู่กับมารดาในห้องหรืออยู่บนเตียงเดียวกับมารดาการที่มารดาและทารกอยู่ด้วยกันจะช่วยให้มารดาสามารถให้นมทารกได้บ่อยครั้งตามต้องการ การที่ทารกดูดนมบ่อยจะเป็นการกระตุ้นให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการกระตุ้นจะทำให้ฮอร์โมนโพรแลคตินให้หลั่งออกมาในเลือดมากขึ้นทำให้ฮอร์โมนนี้มีระดับสูงในเลือดอยู่เกือบตลอดเวลาและฮอร์โมนนี้จะกระตุ้นให้เกิดการสร้างน้ำนม เมื่อทารกเริ่มดูดนมมารดาระดับโพรแลคตินจะค่อยๆเพิ่มสูงขึ้นและจะมีระดับสูงสุดประมาณ 10 – 60 นาที และค่อยๆลดลงสู่ระดับปกติภายในเวลาประมาณ 3 ชั่วโมง การดูดนมของทารกในแต่ละมื้อระดับฮอร์โมนโพรแลคตินจะขึ้นลงในลักษณะเช่นนี้ ดังนั้นการให้บุตรได้ดูดนมแม่อย่างน้อยทุก 2 –3 ชั่วโมง จึงมีความจำเป็นต่อความต่อเนื่องของการขับหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินตลอดเวลา 24 ชั่วโมงของทุกๆ วันอย่างสม่ำเสมอ (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2554) นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูกอีกด้วย

บทบาทของพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดามีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเริ่มให้นมลูกภายใน 24 ชั่วโมง หากพบปัญหาควรให้ความช่วยเหลือ โดยการใช้ตุ๊กตาสาธิต และร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาสู่แนวทางการแก้ไข ก็จะสามารถก้าวข้ามผ่านบันไดขั้นที่ 7 นี้ไปได้

บันไดขั้นที่ 8 สนับสนุนให้ลูกดูดนมแม่ได้บ่อยครั้งตามต้องการ

ในระยะ 1– 2 วันแรกควรให้ทารกดูดนมบ่อยทุก 2 ชั่วโมง หรือไม่น้อยกว่าวันละ 9 ครั้ง ไม่ควรจำกัดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน นอกจากจะเป็นการกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วแล้ว ยังช่วยให้ทารกตัวเหลืองน้อยลงด้วย ท่าที่อุ้มให้นมทารกจะต้องเป็นท่าที่สุขสบาย พยาบาลควรแนะนำข้อปฏิบัติของการให้นมทารกดังนี้ (พัทยา แก้วสาร, 2557)

1) การสังเกตอาการหิวของทารกและให้การตอบสนองอย่างถูกต้อง เมื่อทารกหิวจะเลียริมฝีปากไปมาใช้มือใส่เข้าปากดูดหรือส่ายหน้าไซร้หาอกแม่ตามสัญชาตญาณของทารกแรกเกิด ถ้าทารกร้องควรปลอบให้สงบก่อน

2) การให้ทารกดูดนมมารดาให้เกลี้ยงเต้าทีละข้างเมื่อทารกดูดนมจากเต้าแรกหมดแล้วให้เปลี่ยนมาดูดอีกเต้าหนึ่งจนอิ่ม เมื่อทารกดูดนมมื้อต่อไปให้เริ่มจากเต้าที่ดูดค้างไว้ก่อน

3) ถ้าต้องการเอานมออกจากปากทารกในขณะที่ทารกยังดูดนมอยู่ อย่างดึงหัวนมออกทันทีเพราะจะทำให้หัวนมแตก ให้ใช้มือสอดข้างมุมปากของลูกและกดลงก่อน แล้วจึงเคลื่อนทารกออกจากหัวนม

4) เมื่อทารกดูดนมมารดาอิ่ม ทารกจะหยุดดูดและปล่อยหัวนมเอง ถ้าทารกหลับก่อนควรปลุกให้ดูดต่อจนอิ่มโดยใช้วิธีขยับเต้านม หรือ ไล่ลมและโยกตัวเบาๆ

5) การไล่ลมให้ทารก ภายหลังดูดนมเสร็จแล้วหรือระหว่างมื้อก่อนเปลี่ยนให้ทารกไปดูดนมอีกเต้าหนึ่ง

บทบาทของพยาบาลควรให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติได้สำเร็จและคอยสนับสนุนเมื่อมารดาต้องการความช่วยเหลือ จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้นในบันไดขั้นที่ 8

บันไดขั้นที่ 9 ไม่ให้ลูกดูดหัวนมยางหรือหัวนมปลอม

การดูดนมจากเต้าและการดูดหัวนมยางหรือหัวนมปลอมมีความแตกต่างกัน การที่ทารกจะดูดนมมารดาได้นั้นจะต้องอาศัยการทำงานที่สัมพันธ์กันของลิ้น เหงือก แก้ม เพดาน ปาก ขากรรไกร และปากของทารกเองจะต้องอ้ากว้างเพื่องับให้ลึกถึงลานนมและแนบสนิทกับเต้านม เพื่อให้เกิดแรงดันลบในช่องปาก ลิ้นมีการเคลื่อนไหวเป็นลูกคลื่น กดไล่น้ำนมมารดาออกจากกระเปาะน้ำนมเข้าปากลูกได้ ในทางตรงข้าม การดูดนมจากขวด ทารกใช้เหงือกงับบนหัวนมยาง น้ำนมจากขวดไหลเข้าปากเองโดยการดูดธรรมชาติ และแรงโน้มถ่วง ลิ้นของทารกไม่มีการเคลื่อนไหว ทารกดูดนมจากขวดได้โดยไม่ต้องปิดปากให้สนิท จึงควรหลีกเลี่ยง เพราะทารกจะเกิดการสับสนหัวนม (Nipple confusion) หรือ ติดหัวนมยาง และอาจไม่ยอมกลับมาดูดนมมารดาอีก (กรรณิการ์ บางสายน้อย, 2550) และทำให้มารดามีเต้านมคัดตึงและทารกกินนมแม่ได้น้อยลงอีกด้วย หากพบปัญหาการดูดนมแม่และจำเป็นต้องบีบนมเพื่อป้อนให้กับทารก ควรเลือกใช้ถ้วย (Cup feeding) หลอดฉีดยา ช้อน หรืออื่นๆ บทบาทของพยาบาลควรแนะนำการใช้อุปกรณ์เหล่านี้ด้วยวิธีที่ถูกต้อง และให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการใช้หัวนมยางหรือหัวนมปลอม การเทหรือกรอกนมใส่ปากทารก เพราะจะทำให้เกิดการสูดสำลักและอันตรายอื่นๆ ตามมาได้ ก็จะช่วยให้สามารถปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 9 ได้อย่างสมบูรณ์

บันไดขั้นที่ 10 ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (เพื่อส่งต่อแม่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิกนมแม่)

ในปัจจุบันมารดาหลังคลอดจะพักอยู่ในโรงพยาบาลเพียงระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น ซึ่งภายหลังจากที่มารดากลับไปที่บ้านแล้วอาจจะพบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ซึ่งต้องการการสนับสนุนและความช่วยเหลือ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน รวมถึงเล่าประสบการณ์และปัญหา ซึ่งรูปแบบของกลุ่มสนับสนุนดังกล่าวอาจทำได้ ดังนี้ (พัทยา แก้วสาร, 2557)

1) การมีคลินิกนมแม่เพื่อบริการให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา สอนทักษะและสาธิตการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2) การมีศูนย์สายด่วนนมแม่ (Hot line) โดยพยาบาลให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

3) การมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น การจัดตั้งชมรมแม่อาสาสมัครที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้การช่วยเหลือ และให้คำปรึกษา ระหว่างแม่ที่มีปัญหากับอาสาสมัคร

4) การติดตามเยี่ยมหลังคลอดโดยอาสาสมัครนมแม่ และเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงสูง

5) การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายแม่และลูกเพื่อสอบถามข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือ

อีกทั้งในสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน การส่งเสริมการจัดตั้งมุมนมแม่ในสถานประกอบการมีความสำคัญยิ่งนัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้นายจ้าง ลูกจ้าง ในสถานประกอบการ เห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมให้ลูกจ้างประหยัดค่าใช้จ่าย สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับลูกจ้างและบุตร สร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานให้กับลูกจ้างในหน่วยงานและเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างอีกด้วย (ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ์ และวไล เชตะวัน, 2555)

บทบาทของพยาบาลในบันไดขั้นที่ 10 นี้จะต้องมีทักษะที่ดีในด้านการให้คำปรึกษา ให้ความ

ช่วยเหลือ การแนะนำแหล่งสนับสนุนรวมถึงการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อให้มารดามีความพร้อมความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากยิ่งขึ้น

สรุป

บันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นับเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในทางปฏิบัติ เป็นแนวทางปฏิบัติที่จะช่วยให้เด็กไทยได้ดื่มนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งถือเป็นการวางรากฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรในอนาคต บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนโดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้การดำเนินงานตามบันได 10 ขั้นไปสู่ผลสำเร็จ (ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด) โดยบุคลากรทางการพยาบาลจะต้องตระหนักบทบาท หน้าที่ของตนเองต้องเพิ่มพูนทักษะ ความรู้และประสบการณ์ของตนเอง เพื่อให้การช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ บางสายน้อย. (2550). Feeding at the Breast & Breastfeeding Assessment. *ใน คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2554). *แนวปฏิบัติตามบันได 10 ขั้น และการจัดท่าให้นมและการให้ลูกอมหัวนม ใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ์ และ วไล เชตะนัน. (2555). *มุมนมแม่ ใน เรียนรู้นมแม่จากภาพ The Breastfeeding Atlas : Thai Edition.* กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

พัทยา แก้วสาร. (2557). "นมแม่ : ความสำเร็จตามบันได 10 ขั้น กับบทบาทของพยาบาล". *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 32(1) : 6 – 13.

วิไลพันธ์ สวัสดิ์พาณิชย์. (2554). *การพยาบาลมารดาหลังคลอด.* พิมพ์ครั้งที่ 7. ชลบุรี : ศรีศิลปะการพิมพ์.

ศิราภรณ์ สวัสดิวร. (2550). *ความจำเพาะของน้ำนมแม่และผลต่อสุขภาพทารก ใน คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุอารีย์ อ้นตระการ. (2550). *ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ Early problems in breastfeeding ในคู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *มิสนมแม่ (Miss Breastfeeding).* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2557. จาก http://www. moph.go.th/hpe/data/cat6/missBF/.

Saint L, Maggiore p, Hartmann PE. (1986). "Yield and nutrient content of milk in eight women Breast – feeding Twins and one woman breast – feeding triplets". *Br J Nutr.* (56) : 49 – 58.

Sincharoen I, Winyan N. (2009). “The results of warming love program by mom to knowledge, Attitude and Breastfeeding Behaviors”. *Journal of Nursing*. 36(3) : 18 – 31.

World Health Organization. (2009). *Baby – friendly hospital initiative : revised updated and expanded for integrated care: A 20 – hour course for maternity*. NY : Nutrition Section, UNICEF.

การจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด : บทบาทอิสระทางการพยาบาล

Pain Managements in Labour : Independent Nursing Role

สุนิดา ชูแสง*
ดร. พรทิพย์ กวินสุพร**

บทคัดย่อ

บทความนี้ได้นำเสนอการวิเคราะห์ปัญหาในการจัดการความเจ็บปวดในระยะคลอดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ความเจ็บปวดจากการคลอดเป็นสาเหตุของความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การลดปวดโดยการไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ จึงมีความสำคัญ โดยสามารถเตรียมมารดาได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ สำหรับการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดมีกลไกหลัก 3 ประการ คือ 1) การลดตัวกระตุ้นความปวด 2) การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย และ 3) การส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมองโดยพยาบาลสามารถช่วยเหลือสนับสนุนและช่วยบรรเทาความเจ็บปวดให้กับมารดาในระยะคลอด เพื่อให้มารดาเกิดความพึงพอใจและเกิดประสิทธิภาพต่อการลดปวดของมารดาในระยะคลอดมากที่สุด

Abstract

The article presents an analysis of problems in labor pain management from literature and research review. Labor pain causes discomfort and suffering and can affect both physically and mentally. Labor pain can be severe pain, and the use of analgesics for women during labor is often not sufficient to relieve it. Additional, nonpharmacological methods can be used to relieve pain. The nonpharmacological methods can be introduced either during pregnancy or during labor. Three main types of nonpharmacological methods in decreasing pain during labor are: 1) techniques reducing painful stimuli 2) techniques activating peripheral sensory receptors and 3) techniques enhancing descending inhibitory pathways. Health care providers was to identify practical points for supporting women in labour.

---

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
** คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทนำ

ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นความทุกข์ทรมานสูงสุดของผู้คลอดและถือเป็นปัญหาทางการพยาบาลที่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญเนื่องจากการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาล สะท้อนถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้คลอดส่วนใหญ่ต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความเจ็บปวดในระยะคลอดจะกระตุ้นให้ระบบประสาท Sympathetic หลั่งสาร Catecholamine เพิ่มขึ้นทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นความดันโลหิตสูงขึ้นอัตราการหายใจเร็วขึ้นอาจเกิดภาวะ Hyperventilation ร่วมกับภาวะ Respiratory alkalosis ความเจ็บปวดในระยะคลอดยังส่งผลทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Epinephrine และ Cortisol เพิ่มมากขึ้นซึ่งจะทำให้มดลูกหดรัดตัวผิดปกติเลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลงการไหลเวียนเลือดบริเวณรกลดลงกล้ามเนื้อมดลูกทำงานไม่ประสานกันการหดรัดตัวของมดลูกผิดปกติการเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้าทำให้ระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานขึ้นมารดาต้องสูญเสียพลังงานมากทำให้เหนื่อยอ่อนล้าต้องช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการระยะที่ 1 ของการคลอด มารดาจะต้องเผชิญความเจ็บปวดเป็นระยะเวลานานหลายชั่วโมงมารดาครรภ์แรกจะมีระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานกว่าครรภ์หลังและในระยะปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 4-7 เซนติเมตรเป็นระยะที่มดลูกมีการหดรัดตัวแรงและถี่ขึ้นความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นมารดาจะเหนื่อยอ่อนเพลียและต้องการความช่วยเหลือต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Blackburn, Susan Tucker, 2013) ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะนี้จึงมีความสำคัญการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดที่พยาบาลสามารถทำได้เองโดยไม่ต้องมีแผนการรักษาของแพทย์วิธีการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาที่นำมาใช้โดยทั่วไปได้แก่เทคนิคการหายใจการลูบหน้าท้องและนวดก้นกบเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมกันมากเนื่องจากปฏิบัติได้ง่ายวิธีการนำไปใช้ไม่ยุ่งยากสะดวกปลอดภัยไม่ต้องใช้เครื่องมือใดๆ ในการปฏิบัติไม่ต้องใช้เวลาในการเตรียมนานผู้คลอดสามารถทำได้เองและญาติสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและครอบครัวได้ด้วย การใช้เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทหลักของพยาบาลในห้องคลอดและเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยอิสระเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอดส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมช่วยให้มารดาสามารถผ่านพ้นวิกฤตและส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางบวก (สินีนาฏ หงส์ระนัย และอรุณี พึ่งแพง, 2555)

บทบาทอิสระทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

บทบาทอิสระ (Independent nursing role) การที่พยาบาลสามารถใช้ความรู้ ความสามารถของวิชาชีพได้โดยอิสระในการพยาบาล โดยมิต้องให้ผู้อื่นใดออกคำสั่ง ความเป็นอิสระเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความเป็นวิชาชีพ เพราะผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพต้องมีความรู้เฉพาะโดยปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบในการกระทำต่อผู้ใช้บริการ

ความหมายของความเจ็บปวดในการคลอด

ความหมายของความเจ็บปวดในการคลอด ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ที่แตกต่างกันไปยากที่จะให้ความหมายที่ชัดเจนมีผู้ให้ความหมายความเจ็บปวดที่แตกต่างกันดังนี้

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความเจ็บปวด (The International Association for the Study of Pain) ได้ให้ความหมายว่าความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทางด้านความรู้สึกและภาวะทางอารมณ์ซึ่งเกิดร่วมกับเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับภยันตราย

เมอร์เรย์และแมคคินเนย์ (Murray & Mckinney, 2006) ให้ความหมายว่าความเจ็บปวดในการคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ขณะที่ความเจ็บปวดชนิดอื่นเกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บและการเจ็บป่วยซึ่งความเจ็บปวดชนิดนี้สามารถเตรียมวิธีการจัดการได้ล่วงหน้าและคาดการณ์ระยะเวลาที่จะสิ้นสุดได้และจะเกิดขึ้นเป็นพักๆ ไม่สม่ำเสมอ

สรุปความหมายของความเจ็บปวดในการคลอดว่าเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉียบพลันซึ่งการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคลและระยะของการคลอดเป็นความเจ็บปวดที่สามารถเตรียมวิธีการจัดการได้ล่วงหน้าและความเจ็บปวดนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อทารกคลอด

กลไกการเกิดความเจ็บปวด

การรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดเริ่มต้นตั้งแต่ในระยะที่ 1 ของการคลอดเกิดจากมีสิ่งมากระตุ้นทำให้เกิดความเจ็บปวดในมดลูกและปากมดลูกซึ่งเป็นกลไกทางกายภาพและชีวภาพกลไกทางกายภาพเป็นกลไกที่เกิดขึ้นจากการหดรัดตัวของมดลูกที่แรงส่งผลให้มีการกระตุ้นกลไกที่รับความรู้สึกเจ็บปวด ส่วนกลไกทางชีวภาพเป็นกลไกที่เกิดขึ้นเมื่อกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บภายหลังจากที่มดลูกหดรัดตัวส่งผลทำให้มีการหลั่งสารแบรดดีไคนิน (Bradykinin) ฮีสตามิน (Histamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) อะเซตทิลโคลีน (Acetylcholine) และโพเตสเซียมไอออน (Potassium ions) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดทางเคมีการเกิดความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดเกิดขึ้นเนื่องจากมีการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดแบบต่อเนื่องซึ่งมี 2 ส่วนดังนี้ (Trout, 2004)

1. วิถีประสาทความเจ็บปวดส่วนปลาย (Peripheral pathways) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะของการคลอดดังนี้

1.1 ระยะที่ 1 ของการคลอดเกิดจากการหดรัดตัวของมดลูก การบางและการถ่างขยายของปากมดลูกส่งผลให้บริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง กระแสประสาทความรู้สึกจะเดินทางผ่านจากข่ายประสาทมดลูก (Uterine plexus) ไปยังข่ายประสาทเชิงกราน (Pelvic plexus) ผ่านข่ายประสาทท้องน้อยส่วนล่าง กลางและบน (Inferior, Middle, Superior hypogastric plexus) และลัมบาร์ซิมพาเธติคเชน (Lumbar sympathetic chain) เข้าสู่ประสาทไขสันหลังโดยผ่านประสาทส่วนเอวที่ 1 (1st lumbar nerve) และประสาทส่วนอกที่ 12, 11 และ10 (12 th, 11 th, and 10 th Thoracic nerves) เส้นประสาทที่นำกระแสประสาทนี้เป็นเส้นใยประสาทชนิดซี (C- fibers) ซึ่งเป็นใยประสาทขนาดเล็กไม่มีเยื่อหุ้มไมอีลิน (Myelin) และนำกระแสประสาทช้า ลักษณะอาการเจ็บปวดในระยะนี้เป็นแบบวิสเซอรอล (Visceral pain) คือมีอาการปวดแบบตื้อๆ บริเวณกว้างปวดแสบปวดร้อนและปวดร้าวมีหลายตำแหน่ง เช่นบริเวณหน้าท้องส่วนบนขาหนีบกระเบนเหน็บสีข้าง ปวดบริเวณช่องคลอด ฝีเย็บและบริเวณเหนือหัวเหน่าเป็นต้น

1.2 ระยะที่ 2 ของการคลอดตำแหน่งที่มีการเจ็บปวดจะอยู่บริเวณปากช่องคลอดและฝีเย็บเนื่องจากแรงกดของส่วนนำที่เคลื่อนต่ำลงมาทำให้มีการขยายและการดึงรั้งบริเวณเชิงกรานพื้นเชิงกรานและบริเวณฝีเย็บส่งกระแสประสาทผ่านทางเส้นประสาทพิวเดนดัล (Pudendal nerve) เข้าสู่ประสาทไขสันหลังบริเวณกระเบนเหน็บที่ 2, 3 และ 4 (2 nd, 3 rd, and 4 th Sacrum nerves) โดยเส้นใยประสาทชนิดเอ-เดลต้า (A-delta fibers) เป็นตัวนำกระแสประสาทได้เร็วอาการเจ็บปวดในระยะนี้เป็นแบบโซมาติค (Somatic pain) มีลักษณะอาการเจ็บปวดเหมือนโดนทิ่มแทงจากสิ่งแหลมคมอาการปวดอยู่กับที่สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจนคือบริเวณช่องคลอดและฝีเย็บ

2. วิถีประสาทความเจ็บปวดส่วนกลาง (Central pathways) เป็นกระแสประสาทที่ส่งต่อเนื่องมาจากวิถีประสาทความเจ็บปวดส่วนปลายซึ่งประกอบด้วยประสาทความรู้สึก 2 ส่วนคือ

2.1 ประสาทความรู้สึกนำขึ้น (Ascending pathways) การส่งกระแสประสาทเกิดขึ้นบริเวณไขสันหลังส่วนหลังที่เป็นเนื้อสีเทา (Dorsal grey matter) แล้วมีการเชื่อมประสาน (Synapse) กับเซลล์ประสาทในสับสแตนเทียจีลาติโนซา (Substantia gelatinosa) ทำให้ปล่อยสารสื่อประสาทไปตามวิถีประสาทด้านตรงกันข้ามทางส่วนที่เป็นเนื้อสีขาว (Ventral white matter) ผ่านสไปโนธาลามิคแทรก (Spinothalamic tract) ขึ้นสู่ระบบประสาทส่วนกลางผ่านธาลามัส (Thalamus) เบรนสเตม (Brain stem) ซีรีเบลลัม (Cerebellum) ไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) และระบบลิมบิค (Limbic systems) ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานซึ่งเป็นการตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติ

2.2 ประสาทความรู้สึกนำลง (Descending pathways) การส่งกระแสประสาทนำลงเริ่มต้นที่เยื่อหุ้มสมองรับความรู้สึก (Sensory cortex) ส่งกระแสประสาทต่อไปยังส่วนที่เป็นเนื้อสีเทา (Grey matter) ของสมองส่วนกลาง (Midbrain) ผ่านธาลามัสและสิ้นสุดในส่วนที่เป็นเนื้อสีเทาของไขสันหลัง หากอธิบายกลไกการเกิดความเจ็บปวดตามทฤษฎีความเจ็บปวดซึ่งมีความสำคัญ

สำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเพื่อนำมาเป็นกลยุทธ์ในการจัดการกับความเจ็บปวดในการคลอดเกี่ยวเนื่องกับ 2 ทฤษฎีที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) และทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control theory) ผู้เขียนขอนำเสนอสังเขปของทฤษฎีทั้งสองดังนี้

1. ทฤษฎีควบคุมประตูเมลเซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) ได้อธิบายว่าการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอดจะมีลักษณะเสมือนการเปิด-ปิดรับกระแสความเจ็บปวดของประสาทสมองส่วนกลางโดยอธิบายใน 3 ลักษณะคือ

1.1 กลไกการปรับตัวต่อความเจ็บปวดที่กระดูกไขสันหลังบริเวณสับสแตนเทียจิลาติโนซา ซึ่งมีหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าของพลังประสาท 2 กลุ่ม คือกลุ่มใยประสาทขนาดเล็กกับกลุ่มใยประสาทขนาดใหญ่โดยพลังจากกลุ่มใยประสาทขนาดเล็กจะเปิดประตูและพลังจากกลุ่มใยประสาทขนาดใหญ่จะทำหน้าที่ปิดประตูถ้าพลังจากกลุ่มใยประสาทขนาดเล็กมีมากกว่าพลังจากกลุ่มใยประสาทขนาดใหญ่ประตูก็จะเปิดสมองจะมีการรับรู้ความเจ็บปวดแต่ในทางตรงกันข้ามความเจ็บปวดจะลดลงถ้าพลังจากกลุ่มใยประสาทขนาดเล็กมีน้อยกว่าพลังจากกลุ่มใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งจะอยู่ใต้ผิวหนังเป็นส่วนใหญ่ดังนั้นถ้ามีการกระตุ้นผิวหนังโดยการลูบการนวดการประคบหรือการถูบริเวณหลังซึ่งเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่จะช่วยลดความเจ็บปวดให้กับผู้คลอดได้ (Simkin & Bolding, 2004)

1.2 การส่งสัญญาณจากเรติคูลาร์ฟอร์เมชั่นในก้านสมอง (Projections from the brain stem reticular formation) โดยการปรับระดับปริมาณความรู้สึกของพลังใยประสาทเข้าสู่สมองจากส่วนต่างๆของร่างกายให้เหมาะสมเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอถ้าพลังประสาทนำเข้ามีจำนวนมากขึ้นโดยเกิดจากการกระตุ้นจากแหล่งต่างๆ เช่นจากตาหูเป็นต้นจะมีการยับยั้งการทำงานของเรติคูลาร์เพิ่มขึ้นจนทำให้ประตูปิดไม่มีการส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวดทำให้พลังความเจ็บปวดส่งไปไม่ถึงสมองจึงไม่เกิดความเจ็บปวดดังนั้นจึงมีผู้ใช้วิธีการต่างๆเพื่อยับยั้งพลังใยประสาทเข้าสู่สมองน้อยลงการเบี่ยงเบนความสนใจเช่นการให้ฟังดนตรีการอ่านหนังสือการ์ตูนการกำหนดลมหายใจจึงถูกนำมาใช้เป็นวิธีการลดความเจ็บปวด (Simkin & Bolding, 2004)

1.3 การส่งสัญญาณจากเปลือกสมองและธาลามัส (Projections from the cerebral cortex and thalamus) ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมสามารถทำให้ประตูรับรู้ความเจ็บปวดมีการเปิดหรือปิดได้การทำงานของพลังใยประสาทในเปลือกสมองมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสติปัญญา (Cognitive) ความรู้สึกอารมณ์

(Affective) ดังนั้นความรู้ความเชื่อหรือประสบการณ์ความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลจึงมีอิทธิพลต่อการส่งพลังใยประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมองเพื่อการรับรู้ความเจ็บปวดปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลในระดับที่แตกต่างกัน (Trout, 2004)

2. ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายในมีความคล้ายกับทฤษฎีควบคุมประตูโดยอยู่บนหลักการของการส่งผ่านความเจ็บปวดผ่านใยประสาทจากตำแหน่งดอร์ซอลฮอร์น (Dorsal horn) ของไขสันหลังไปยังเยื่อหุ้มสมองแต่มีความแตกต่างกันคือในร่างกายของทุกคนจะมีสารเอนดอร์ฟิน (Endorphine) ซึ่งเป็นสารที่คล้ายกับมอร์ฟีนที่ร่างกายสามารถสร้างขึ้นได้เองตามธรรมชาติเพื่อเป็นสื่อในการตอบสนองความเจ็บปวดโดยที่ภายในสมองและสับสแตนเทียจีลาติโนซาของไขสันหลังจะทำหน้าที่ผลิตสารเอนดอร์ฟินขึ้นมาตามธรรมชาติโดยทั่วไปแล้วสารเอนดอร์ฟินจะเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ระยะใกล้คลอดและยังคงอยู่ในระดับนี้หลายวันในระยะหลังคลอดซึ่งการรับรู้ความเจ็บปวดในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปริมาณเอนดอร์ฟินที่หลั่งออกมาโดยที่ร่างกายสามารถผลิตสารเอนดอร์ฟินด้วยอิทธิพลมาจากการรับรู้ความเจ็บปวดที่ดีจึงทำให้มีความสามารถในการทนต่อความเจ็บปวด (Sauls, 2010)กลไกของความเจ็บปวดในการคลอดเป็นกลไกที่เกิดขึ้นทางกายภาพและชีวภาพมีความเกี่ยวเนื่องกับการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดแบบต่อเนื่องทั้งวิถีประสาทความเจ็บปวดส่วนปลายและวิถีประสาทความเจ็บปวดส่วนกลางทำให้เกิดการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดและยังมีอาการเจ็บปวดในระยะคลอด

การประเมินความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดในระยะคลอด ประเมินได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสังเกตพฤติกรรมและอาการแสดงของความเจ็บปวดของผู้คลอด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา,2554)

1. การซักประวัติ ประกอบด้วยการซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดดังนี้ ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ น้ำหนักส่วนสูง และภาวะแทรกซ้อน ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต เช่น ชนิดของการคลอด การได้รับยาและการใช้สูติศาสตร์หัตการในระยะคลอด ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่นจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ ประวัติความเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน เช่น โรคทางอายุรกรรม ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ความผิดปกติของปอด ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ความพร้อมในการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เช่น เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความกลัวต่อการคลอด ความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดและระบบสนับสนุนผู้คลอด

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วยการประเมินด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เมื่อเกิดความเจ็บปวดร่างกายจะมีการตอบสนอง คือ ชีพจรเต้นเร็วขึ้น หายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย ปลายมือปลายเท้าเย็น ผิวหนังซีดหรือแดง เหงื่อออก ขนลุก และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

2.2 การประเมินจาการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองความเจ็บปวดในระยะคลอด สามารถประเมินพฤติกรรมของผู้คลอด ได้ดังนี้

1) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement) ในกรณีที่เจ็บครรภ์ไม่มากผู้คลอดบางรายจะไม่เคลื่อนไหวร่างกาย แต่จะเกร็งกล้ามเนื้อบางส่วน ถ้าเจ็บครรภ์มาก ผู้คลอดจะบิดตัวไปมากระสับกระส่าย กำมือแน่น เอามือลูบคลำบริเวณที่เจ็บ บางรายต้องการให้ผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิด ขณะที่บางรายไม่ต้องการให้สัมผัสร่างกายขณะเจ็บครรภ์

2) การแสดงออกทางสีหน้า (Facial expression) เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์มาก ผู้คลอด

จะแสดงสีหน้าบิดเบี้ยว หน้านิ่วคิ้วขมวด ดวงตาเบิกโพรงหรือหลังตาแน่น กัดริมฝีปากหรือกัดฟัน ในกรณีที่เจ็บครรภ์ไม่มาก จะมีใบหน้าเรียบเฉย ผ่อนคลาย

3) การแสดงออกโดยใช้เสียง (Vocal behavior) ผู้คลอดจะใช้เสียงร้องแทนภาษาพูด เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้นซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เช่นร้องครวญคราง ร้องไห้ หวีดร้อง เอะอะโวยวาย รวมทั้งการแสดงออกด้วยคำพูดที่บอกถึงอาการเจ็บปวด

4) การแสดงออกทางการหายใจ (Breathing changes) เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์มากผู้คลอดจะหายใจหอบ เร็วกว่าปกติ สังเกตเห็นจมูกบานหรือมีการกลั้นหายใจขณะมดลูกหดรัดตัว ในกรณีที่เจ็บครรภ์ไม่มากจะสามารถควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอ อาจใช้เทคนิคการหายใจและควบคุมตนเองได้

2.3 การประเมินโดยใช้เครื่องมือ เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากความรู้สึกของผู้คลอดขณะที่มีอาการเจ็บครรภ์ เครื่องมือที่นิยมใช้มีหลายลักษณะ ดังนี้ (Gillian,2011)

1) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analog scales [VAS]) สเกลมีความยาว 10 เซนติเมตรโดยอธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจว่า 0 หมายถึงไม่มีความเจ็บปวดและ 10 หมายถึงความเจ็บปวดมากที่สุดเท่าที่ผู้คลอดเคยมีมาหลังจากนั้นถามถึงความรุนแรงของอาการปวดปัจจุบันแล้วให้ผู้คลอดจุดลงบนสเกลคะแนนความรุนแรงของอาการปวดโดยใช้วิธีวัดระยะทางข้อจำกัดของวิธีนี้คือผู้ถูกประเมินขาดความเข้าใจหรือทักษะในการสื่อสารถึงการประเมินตนเองและไม่สามารถใช้ประเมินความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้

2) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา (Verbal rating scales [VRS]) ประเมินโดยให้ผู้คลอดใช้คำบอกเล่าด้วยคำพูดง่ายๆที่บ่งบอกถึงความรู้สึกในขณะนั้นเหมาะสำหรับผู้คลอดที่ไม่สามารถประเมินความเจ็บปวดเป็นตัวเลขได้

3) มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scales [NRS]) (Twaddle & Cooke, 2006) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 คะแนน0 หมายถึงไม่ปวด 1-3 หมายถึงปวดเล็กน้อย 4-7 หมายถึงปวดปานกลาง 8-10 หมายถึงปวดรุนแรงอธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจว่าพยาบาลผดุงครรภ์ต้องการทราบว่าผู้คลอดเจ็บปวดมากแค่ไหนโดยให้ผู้คลอดเป็นผู้บอกโดยตัวเลข 0 ถึง 10 แสดงถึงความเจ็บปวด 0 หมายถึง “ไม่รู้สึกเจ็บปวดเลย” และ10 หมายถึง “รู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด” การประเมินวิธีนี้ในทางปฏิบัตินั้นใช้บ่อยเพราะเป็นวิธีที่สะดวกและง่าย

4) มาตรวัดความเจ็บปวดโดยการประเมินจากการแสดงออกของใบหน้า (Faces pain rating scales) ใช้ชุดการเปลี่ยนแปลงของสีหน้าเป็นลำดับที่มีระดับคะแนนของความปวด (จากทางซ้าย 0-10) โดยการสอบถามผู้คลอดว่าขณะนี้ผู้คลอดมีความรู้สึกเจ็บปวดระดับใดโดยให้ผู้คลอดเป็นผู้ชี้บอกตำแหน่งของสีหน้าที่ตนเองรู้สึกเจ็บปวด

5) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยแบบสอบถาม (The McGill pain questionnaire [MPQ] และ The short-form MPQ) (Trout, 2004) เป็นแบบสอบถามให้ผู้คลอดประเมินด้วยตนเอง The short-form MPQ เป็นแบบสอบถามที่ปรับใช้สำหรับการคลอดที่สามารถวัดระดับความเจ็บปวดความรู้สึกต่อความเจ็บปวดและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดได้ซึ่งเหมาะสมในการประเมินความเจ็บปวดสำหรับการศึกษาวิจัยเพราะมีความละเอียดแต่ถ้าจะนำไปใช้ในทางปฏิบัติจะเป็นการประเมินมากเกินไปผู้ประเมินต้องใช้เวลาและในบางระยะของการคลอดผู้คลอดไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดของตนเองได้จึงไม่สามารถทำแบบสอบถามนั้นได้ แบบประเมินความเจ็บปวด Thai short-form McGill Pain Questionnaire ฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยวสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล

6) ประเมินจากพฤติกรรมแสดงออก (Observational measures of pain behaviors and verbal pain measures) (Muiswinkel, 1991) จากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนความรู้สึกภายในที่สามารถ

สังเกตเห็นได้การตอบสนองต่อความเจ็บปวดสามารถประเมินได้จากพฤติกรรมที่ผู้คลอดแสดงออกซึ่งมีแบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด 5 ด้านให้คะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน (Sturrock cited in ฉวี เบาทรวงและ สุพิศ รุ่งเรืองศรี, 2537)

เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด

1. Cutaneous stimulation strategies

1.1 การลูบหน้าท้อง (Effleurage)การลูบหน้าท้องจะไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ปิดประตูความเจ็บปวดที่ไขสันหลังไม่มีการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมองทำให้สมองไม่รับรู้ความเจ็บปวดและการโอบกอดยังช่วยในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่กันและกันระหว่างผู้ให้การสัมผัสกับผู้รับการสัมผัส (Simkin & Bolding, 2004) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดและเป็นการส่งผ่านความรู้สึกที่ดีขณะที่มดลูกมีการหดรัดตัวให้ผู้คลอดใช้ปลายฝ่ามือทั้ง 5 นิ้วมือข้างใดข้างหนึ่งที่ถนัดนวดเป็นวงกลมด้วยจังหวะที่สม่ำเสมอบริเวณหน้าท้องโดยวนขวาเป็นรูปวงกลมเล็กๆ แล้วค่อยๆ ขยายเป็นรูปวงกลมวงใหญ่ขึ้นโดยทำเป็นจังหวะติดต่อกันไปเรื่อยๆ หรือโดยให้ผู้คลอดวางปลายนิ้วมือทั้งสองจรดกันกึ่งกลางหัวหน่าวค่อยๆ แยกมือลูบขึ้นมาทางด้านข้างของหน้าท้องจนถึงส่วนบน โดยมือจะจรดกันที่ระดับยอดมดลูกขณะลูบมือขึ้นให้หายใจเข้าและลูบมือลงไปตรงๆ ตามแนวกึ่งกลางหน้าท้องไปยังตำแหน่งเดิมพร้อมกับหายใจออก ทำการลูบหน้าท้องด้วยจังหวะสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาที่มดลูกหดรัดตัว จากการศึกษาของสุวรรณี นาคะและคณะ (2547) พบว่าการใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องสามารถลดความวิตกกังวลและสามารถทำให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีแต่จากการศึกษาของดาริกา วรวงค์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและ วิชุดา ไชยศิวามงคล (2554) พบว่าค่าระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องและการนวดก้นกบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่าการใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องร่วมกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาวิธีอื่นสามารถลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เช่นเดียวกัน (Chaillet et al., 2014)

1.2 การสัมผัสและการนวด (Touch and massage) การสัมผัสจะแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ (Caring) มารดาที่ถูกสัมผัสมีความปวดลดลงได้จากการสั่งงานของสมองทำให้ปิดประตูการส่งข้อมูลความปวดที่ไขสันหลังไม่ให้ส่งข้อมูลมายังสมองทำให้ไม่เกิดการรับรู้ความปวดส่วนการนวดจะช่วยกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่เมื่อสัดส่วนของการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่มากกว่าการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กทำให้ยับยั้งเซลล์ส่งกระแสประสาท (Transmission cell, T-cell) ที่ไขสันหลังด้านหลัง (Dorsal horn) ไม่ให้ส่งข้อมูลความปวดไปยังสมองหรือทำให้ประตูความปวดที่ไขสันหลังปิดนั่นเองทำให้ไม่เกิดความรู้สึกปวดและเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเอนดอร์ฟินเพิ่มขึ้นในร่างกายซึ่งสารดังกล่าวจะออกฤทธิ์ไปควบคุมความเจ็บปวดและคลายความวิตกกังวลได้ ตำแหน่งที่ควรนวดเช่นท้องคอหลังไหล่แขนและขาโดยใช้มือกดนวดจากการศึกษาของชาง, วาง, และเชน (Chang, Wang, & Chen, 2002) เกี่ยวกับผลของการนวดต่อความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกพบว่าการนวดสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ทุกระยะของการคลอดและสามารถทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลลดลงในระยะปากมดลูกเปิดช้าได้เช่นเดียวกับการ จากการศึกษาของคารามิ, ซาฟาร์ซาเดห์, และฟาธิซาเดห์ (Karami, Safarzadeh, & Fathizadeh, 2007) ที่พบว่าการนวดบริเวณก้นกบ แก้มก้น ไหล่ สะเอว เท้าและมือสามารถลดความรุนแรงของความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านได้

1.3 การเปลี่ยนท่า การเคลื่อนไหว (Changing positions) การเปลี่ยนท่าในระยะคลอด

สามารถใช้ส่งเสริมความสุขสบายโดยการจัดท่าในตำแหน่งที่เหมาะสมเช่นท่ายืน ท่าเดินเป็นต้นโดยที่ท่ายืนและท่าเดินจะทำให้ผู้คลอดสุขสบายส่งเสริมการเลื่อนต่ำของส่วนนำจากแรงโน้มถ่วงของโลกลดอาการปวดหลังท่านั่งเป็นท่าที่เหมาะสมในการพักผ่อนท่านอนตะแคงจะทำให้สุขสบายการไหลเวียนของโลหิตไปยังรกดีขึ้นท่านั่งยองๆ เพิ่มประสิทธิภาพในการเบ่งทำให้ช่องออกของเชิงกรานกว้างขึ้น (Petree & Walsh, 2001) ท่าคลานจะทำให้ความไม่สุขสบายจากอาการปวดหลังลดลง (Stremler et al., 2005) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับท่าและความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด พบในการศึกษาของภณิดา กำแหล่ (2544) ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคองร่วมกับการจัดท่าศีรษะและลำตัวสูงในระยะคลอดต่ำกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของซิมคินและโอฮารา (Simkin & O'Hara,2002) พบว่าการใช้ท่าศีรษะสูง (Upright) โดยวิธีการยืน เดินและนั่งในระยะที่ 1 ของการคลอดและการใช้ท่านั่งยองๆ (Squatting) ในระยะที่ 2 ของการคลอดสามารถลดระยะเวลาในการคลอดเพิ่มความสุขสบายส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยในการคลอดทางช่องคลอดและเสนอแนะว่าไม่ควรจำกัดกิจกรรมของผู้คลอดและควรส่งเสริมความสุขสบายและความก้าวหน้าของการคลอดโดยการจัดท่ายืนและท่าเดินยกเว้นกรณีที่ผู้คลอดมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้นท่าของมารดาที่อยู่ในแนวตั้งช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างไรก็ตามในการจัดท่าเพื่อลดปวดควรคำนึงถึงความต้องการของมารดาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุดา สาครตานันท์, อุไรวรรณ ชัชวาลย์, กันทรากร หงษ์รัตน์ (2555) พบว่า ผลของการเคลื่อนไหวแบบทำให้สามารถบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดครรภ์แรก

1.4 การประคบด้วยความร้อนและความเย็น (Application of heat or cold) การใช้ความร้อนเป็นการใช้ผ้าที่ร้อนประคบบริเวณด้านหลังหน้าท้องส่วนล่างขาหนีบและฝีเย็บใช้เวลาในการประคบ 20-30 นาทีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิของร่างกายหรืออาจจะให้อาบน้ำอุ่นหรือแช่น้ำอุ่นการใช้ความร้อนจะบรรเทาความเจ็บปวดโดยกระตุ้นตัวรับความรู้สึกส่วนปลายให้ยับยั้งการรับรู้ความเจ็บปวด ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดเพิ่มอุณหภูมิของผิวหนังและกล้ามเนื้อ เพิ่มการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อขนาดเล็กที่บริเวณผิวหนังคลายตัวและเพิ่มการทนต่อความเจ็บปวดมากขึ้นส่วนการใช้ความเย็นลดการไหลเวียนเลือด ลดอุณหภูมิของผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อและทำให้เกิดการส่งกระแสประสาทช้าลงทำให้ความเจ็บปวดลดลง (ศศิธร พุมดวง, 2546) โดยใช้ผ้าเย็นหรือเจลแพคแช่แข็งประคบบริเวณใบหน้าหน้าอก คอและหลังใช้เวลาในการประคบประมาณ 20 นาทีอุณหภูมิอยู่ในช่วง 0-4 องศาเซลเซียสจะทำให้เส้นเลือดหดรัดตัวการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปตามวิถีประสาทช้าลงกล้ามเนื้อหดตัวลดการอักเสบและการบวมลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายความเจ็บปวดลดลงได้ (Simkin & Bolding, 2004; Adams &Bianchi, 2008) จากการศึกษาของวาเตอส์และเรสเลอร์ (Waters & Raisler, 2003) เกี่ยวกับผลของการนวดโดยการใช้น้ำแข็ง (ice massage) เพื่อลดความเจ็บปวดในการคลอดพบว่าการนวดโดยการใช้น้ำแข็งสามารถบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดได้ (นุชสรา อึ้งอภิธรรม, กัญญา ปริสัญญกุล นันทพร แสนศิริพันธ์ 2555) ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนมีคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเจ็บปวดมีสาเหตุมาจากการได้รับการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกความเจ็บปวดที่ใยประสาทนำเข้าความรู้สึกเจ็บปวดที่ใยประสาทขนาดเล็ก C-fiber โดยจะส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลังส่งผ่านทาง dorsal horn ซึ่งมีระบบควบคุมประตูในระยะนี้กระแสประสาทผ่านทาง T10 -12 และ L1 โดยจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทในชั้น Substantia gelatinosa ทำให้ Transmission cellส่งกระแสประสาทขึ้นไปยังสมองและจะก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดโดยจะมีความเจ็บปวดบริเวณหน้าท้องและหลังส่วนล่าง (Gupta et al., 2006) เมื่อทำการประคบเย็นหรือการประคบร้อนโดยมีกลไกคล้ายคลึงกันคือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่ผิวหนังและไปกระตุ้นปลายประสาทอิสระบริเวณใยประสาทส่วนปลายของกลุ่มเส้นใยประสาท C-fiber เช่นกันจึงส่งผลให้ศักยภาพในการรับกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดลดลงการส่งกระแสประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมองน้อยลงความเจ็บปวดจึงลดลงตามทฤษฎีควบคุมประตู (Melzack & Wall, 1965) สอดคล้องกับบีฮ์แมนเนสและคณะ (Behmanesh et al., 2008) ที่ศึกษาการใช้ความร้อนในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้คลอดพบว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและรายงานการศึกษาของสรัลพรศรีวัฒน์และคณะ (2553) ที่ศึกษาผลของการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรต่อความปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกพบว่าความเจ็บปวดในการคลอดทั้งระยะปากมดลูกเปิดเร็วและปากมดลูกเปิดเกือบหมดน้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 การบำบัดด้วยแรงดันน้ำ (Hydrotherapy) คือการลงไปแช่ในน้ำอุ่นที่มีระดับน้ำ อยู่เหนือระดับหน้าท้องควบคุมอุณหภูมิให้เหมาะสมคือเท่ากับอุณหภูมิของร่างกายควรเริ่มแช่เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วไม่ควรแช่ในระยะปากมดลูกเปิดช้าเพราะจะทำให้มีการคลอดล่าช้าซึ่งการลงไปแช่ในน้ำอุ่นเป็นการบรรเทาความเจ็บปวดโดยเพิ่มการผ่อนคลายเบี่ยงแบนความสนใจจากความเจ็บปวดและส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด (Bryant & Yerby, 2004) จากการศึกษาของบาร์โบซาดาซิลวา, วาสโคนแซลลอสเดโอลิเวรา, และโนบรี (Barbosa da Silva, Vasconcellosde Oliveira, & Nobre, 2007) เกี่ยวกับผลของการแช่น้ำต่อความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดพบว่าการแช่น้ำสามารถลดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shu-Ling Lec, et al. 2013 ศึกษาเกี่ยวกับผลของการอาบน้ำอุ่นต่อการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่าระดับความเจ็บปวดลดลง

2. Sensory stimulation strategies

2.1 เทคนิคการหายใจ (Breathing technique) การหายใจจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดและช่วยให้ผ่อนคลายจะทำให้ทรวงอกขยายความจุของปอดเพิ่มขึ้นมีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดียิ่งขึ้นส่งผลให้ออกซิเจนในกระแสเลือดสูงขึ้นทารกได้รับออกซิเจนมากขึ้นและยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดขณะมดลูกหดรัดตัวทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลงสามารถควบคุมตนเองในการคลอดได้แบบแผนของการหายใจมีดังนี้ 1) ระยะปากมดลูกเปิดช้าระยะนี้ผู้คลอดจะยังไม่เจ็บมากให้ใช้วิธีหายใจช้าโดยใช้ทรวงอก (Slow chest breathing) โดยการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆแล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ โดยเฉลี่ย 6 - 9 ครั้งต่อนาที 2) ระยะปากมดลูกเปิดเร็วความเจ็บปวดในระยะนี้จะมากขึ้นผู้คลอดจะเริ่มกระสับกระส่ายปวดบริเวณหัวเหน่ามากขึ้นให้ใช้วิธีการหายใจแบบเร็วและตื้น (Shallow chestbreathing) โดยการหายใจเข้าและออกทางปากและจมูกตื้นๆ เร็วๆ ขณะที่มดลูกหดรัดตัวให้หายใจแบบที่ 1 ก่อนเมื่อมดลูกหดรัดตัวเต็มที่เปลี่ยนเป็นการหายใจแบบตื้นๆ เร็วๆ ขณะหายใจเข้าให้นึกถึงคำว่า “อา” หายใจออกให้นึก

ถึงคำว่า "คี" ลักษณะการหายใจจะเป็น อา-คี-อา คีเมื่อมดลูกคลายตัวจึงกลับมาหายใจช้าๆ 3) ระยะเปลี่ยนผ่านระยะนี้มดลูกจะหดรัดตัวรุนแรงมากผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บมากและเจ็บนานควบคุมตัวเองไม่ได้บางรายจะร้องเอะอะโวยวายและต้องการที่จะคลอดโดยเร็ว ระยะนี้ให้ใช้วิธีการหายใจแบบหอบสลับเป่าปาก (Pant - brow breathing) โดยการหายใจเข้าและออกทางปากตื้นๆเร็วๆ 4 ครั้งติดต่อกันแล้วเป่าลมออก 1 ครั้งลักษณะการหายใจจะเป็นอา-คี-อา-คี อา-คี-อา-คี-อา-พู่ (สุกัญญา ปริสัญญกุลและนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ผู้คลอดควรได้รับการฝึกการหายใจมาก่อนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จะสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพหากผู้คลอดไม่ได้รับการฝึกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เมื่อมาถึงในระยะคลอดพยาบาลผดุงครรภ์ที่ห้องคลอดสามารถที่จะสอนให้ใช้การหายใจได้โดยแนะนำให้ใช้การหายใจแบบ Slow Chest Breathing และควรจะใช้การหายใจขณะที่ผู้คลอดเริ่มเจ็บครรภ์จนทนไม่ได้แล้ว พยาบาลผดุงครรภ์ควรเป็นผู้ฝึกให้ผู้คลอดหายใจได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหายใจถี่เร็วทำให้คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำเกิดภาวะด่างจากการหายใจ ผู้คลอดจะมีอาการมือจีบชาบริเวณมือและเท้ามึนงงแก้ไขอาการโดยให้ผู้คลอดหายใจช้าหรือหายใจในอุ้งมือเพื่อเติมปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์

2.2 การใช้น้ำมันหอมระเหย (Aromatherapy) น้ำมันที่ใช้สกัดเข้มข้นมีหลายกลิ่น เช่น ลาเวนเดอร์ กุหลาบกำยานเป็นต้นเลือกใช้ตามกลิ่นที่ผู้คลอดชอบ เป็นการลดความเจ็บปวดโดยกระตุ้นตัวรับความรู้สึกส่วนปลายเพื่อยับยั้งความรู้สึกเจ็บลดความวิตกกังวล เบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดและบรรเทาความเจ็บปวด (Trout, 2004) ผลของการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ต่อการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกสามารถลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ แต่ไม่มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด และคะแนน Apgar score หลังคลอด Maasumeh Kaviani, Sara Azima, Narges Alavi, Mohammad Hossein,2014)

2.3 การใช้ดนตรีและเสียงเพื่อระงับความเจ็บปวด (Music and audio analgesia) เป็นการกระตุ้นจากการได้ยินดนตรีชนิดเสียงที่นุ่มนวลหรือเสียงธรรมชาติอาจจะให้ผู้คลอดเลือกเพลงด้วยตนเองตามที่ชอบเสียงดนตรีจะช่วยทำให้ผ่อนคลายเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวดสามารถปรับเปลี่ยนอารมณ์ของผู้คลอดได้ทำให้ผู้คลอดอารมณ์ดีคลายความวิตกกังวลการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้นและเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด (Simkin & Bolding, 2004) จากการศึกษาของพุมดวงและกู๊ด (Phumdoung & Good, 2003) เกี่ยวกับผลของการใช้ดนตรีชนิดเสียงที่นุ่มนวลต่อความรู้สึกไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็วพบว่าการใช้ดนตรีสามารถบรรเทาความรู้สึกไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดได้

3. Cognitive strategies

3.1 การสนับสนุนด้านข้อมูล (Instructional /Information support) เป็นการให้ข้อมูลการอธิบายการให้คำแนะนำในการดูแลในระยะคลอดประกอบด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคลอดการให้ความมั่นใจว่าการคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดอาการของผู้คลอดและทารกในครรภ์โดยใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งคำพูดและกิริยาท่าทางในการให้การบริการการบรรเทาความกลัวสอนเทคนิคการหายใจสอนการเบ่งที่มีประสิทธิภาพย้ำในสิ่งที่สำคัญโดยการให้คำแนะนำนั้นผู้คลอดต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสามารถทำให้ผู้คลอดบรรเทาความรู้สึกกลัว การให้ความรู้เพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดในมารดาครรภ์แรกด้วยการให้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผลการศึกษาพบว่ามารดาครรภ์แรกสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ากลุ่มที่

ได้รับการพยาบาลตามปกติจากการศึกษาของจารุวรรณ รังสิยานนท์ (2554) เกี่ยวกับผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์พบว่าการเตรียมเพื่อการคลอดสามารถทำให้ผู้คลอดรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ได้ดีสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปาริฉัตร อารยะจารุ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณา พาหุวัฒนกร 2555 ศึกษาในมารดาวัยรุ่นพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ามารดาวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ามารดาวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นวิธีการที่สามารถเตรียมผู้คลอดได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์

3.2 การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์จนถึงระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอดโดยใช้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ที่ประกอบด้วยการสนับสนุน3 ด้านคือการสนับสนุนด้านข้อมูลการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านการบริการซึ่งเป็นการสนับสนุนที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดวัยรุ่นในระยะคลอดได้ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจการสนับสนุนด้านข้อมูลช่วยให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการคลอดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอดการรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริงรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการเผชิญกับความเจ็บปวดในการคลอดและรู้วิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อซึ่งช่วยให้ผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดและสามารถควบคุมตนเองได้อย่างเหมาะสม ปกติแล้วผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอดจะมีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอดส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดความตึงเครียด ประสาท Sympathetic ถูกกระตุ้นทำให้มีการหลั่งcatecholamine เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของฮันเตอร์ที่ศึกษาผลของการให้การสนับสนุนดูแลผู้คลอดแบบอยู่ด้วยกับผู้คลอดอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยให้การสนับสนุนทางสังคมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณพบว่าสามารถช่วยให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายและลดความเจ็บปวดได้มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของฮอดเนทและคณะ (Hodnett et al., 2009)

วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้บทบาทอิสระทางการพยาบาล ในเมื่อความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ วิธีการที่ดีที่สุดคือพยาบาลต้องศึกษาให้เข้าใจความเจ็บปวด โดยวิธีการที่จะจัดการกับความเจ็บปวดพยาบาลต้องแสดงบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องยอมรับว่าความเจ็บปวดเกิดจากปัจจัยด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ การดูแลจึงต้องดูแลแบบองค์รวมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้คลอด พร้อมทั้งช่วยเหลือให้ผู้คลอดมีความอดทนต่อความเจ็บปวดเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

ชนิดาภา เนียมปัชชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณี อึ้งปัญสัตวงศ์. (2554). “ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด”. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 34 (4) : 56-63.

ดาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยศิวามงคล. (2554). "ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับยาบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจการลูบหน้าท้องและการนวดก้นกบ". *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 34(3) : 32-9.

ดาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและวิชุดา ไชยศิวา. (2554). "ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจการลูบหน้าท้องและการนวดก้นกบ". *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 34 (3) : 31-39.

ธนาพร กิตติเสนีย์ เอมพร รตินธร ฉวีวรรณ อยู่สำราญและสมชัย โกวิทเจริญกุล. (2554). "ผลของการกดจุด LI 4 และ SP 6 ต่อความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก". *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 35(3) : 68-77.

นุชสรา อึ้งอภิธรรม, สุกัญญา ปริสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). "ผลของการประคบเย็นและการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก". *วารสารพยาบาลสาร*. 39(4) : 46-58.

ปาริฉัตร อารยะจารุ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณา พาหุวัฒนกร. (2555). "ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก". *วารสารสภาการพยาบาล*. 27(4) : 96-108.

ลักขณา ทานะผล สร้อย, อนุสรณ์ ธีรกุล และสุพรรณี อึ้งปัญสัตวงศ์. (2551). *ผลของการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะกรูดในการนวดหน้าท้องในระยะที่หนึ่งของการคลอด*. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 26(1) : 67-74.

วิชชุดา สาครตานันท์, อุไรวรรณ ชัชวาลย์ และกันทรากร หงส์รัตน์. (2555). "ผลของการเคลื่อนไหวแบบทำให้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดครรภ์แรก". *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*. 24(2) : 180-190.

วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง, กัลยา วิริยะวิธีกรณ์, ชัยเศรษฐ สัมพันธ์ฟ้าใสพุ่มเกิด และสายสุนี ทองสัมฤทธิ์. (2554). "ผลของการประคบร้อนและเย็นต่อการลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด". *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 34(1) : 9-18.

สินีนาฏ หงส์ระนัยและอรุณี พึ่งแพง. (2555). *การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่หนึ่งของการคลอด : การใช้ผลงานวิจัย*. กรุงเทพฯ : แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.

สุกัญญา ปริสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2550). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. พิมพลักษณ์ กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. (2554). *ความรู้เบื้องต้นการผดุงครรภ์ เล่ม 2 (ระยะคลอดและหลังคลอด)*. เชียงใหม่ : ครองช่าง พริ้นท์ติ้ง.

Barbosa da Silva, F. M., Vasconcellos de Oliveira, S. M. J., & Nobre, M. R. C. (2007). "A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on Anaesthesi". *Midwifery*. 50(5) : 363-369.

Behmanesh, F., Pasha, H., & Zeinalzadeh, M. (2008). "The effect of heat therapy on labor pain severityand delivery outcome in parturient women". *Iranian Red Crescent Medical Journal,* (11) :188-192.

Blackburn, Susan Tucker. (2013). *Maternal, Fetal, & Neonatal physiology*. 4th ed. Maryland Heights, MO : Elsevier Saunders.

Blackburn, Susan Tucker. (2013). *Maternal, fetal, and neonatal physiology : a clinical perspective*. Maryland Heights, MO : Elsevier.

Bryant, H., & Yerby, M. (2004). Relief of pain during labour. In C. Henderson, S. Macdonald, & D. K. Davis (Eds.), *Mayes' midwifery a textbook for midwives (3thed.)*. Philadelphia: Bailliere Tindall.

Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hauth, J. C., & Wenstrom, K. D. (2005). *Williams obstetrics (21sted.)*. New York : McGraw-Hill.

GILLIAN A. et al . (2011). "Measures of adult pain". *Arthritis Care & Research*. 63(S11) : S240-S252.

Gupta, S., Kumar, G. S. A., & Singhal, H., (2006). "Acute pain - labour analgesia". *Indian Journal of Anaesthesia*. 50(5), 363-369.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2009). *Continuous support for womenduring childbirth (Review)*. The Cochrane Collaboration. Pub lished : John Wiley & Sons, Ltd.

Maasumeh Kaviani , Sara Azima , Narges Alavi, Mohammad Hossein. (2014). "The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women" *British Journal of Midwifery*. 22(2) : 125-128.

Maria Iliadou. (2012). "Supporting women in labour". *Health Science Journal*. 6(3) : 385-391.

McCaffery M, Beebe A. (1989). *Pain : Clinical manual for nursing practice*. Philadelphia : C. V. Mosby.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). "Pain mechanisms : A new theory". *Science*, 150(699), 971-979.

Murray. S & Mckinney.E. (2006). *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*. 4th ed. St. Louis : Sounders.

Phumdoung S, Rattanaparikonn A. (2003). “Factors related to labor pain : review articles”. *Songkla Med J.* (21) : 155-62.

Shu-Ling Lee, Chieh-Yu Liu, Yu-Yin Lu, and Meei-Ling Gau. (2003). “Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor” *Stage JOGNN,* (42) 19-28.

Shu-Ling Lee, et al. (2013). “Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage”. *JOGNN.* (42) : 19-28.

Simkin P, Bolding A. (2004). “Update on nonpharmacologic approaches to relief labour pain and prevent suffering”. *J. Midwife Womens Health.* 49(6) : 489-504.

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). “Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering”. *Journal of Midwifery & Women's Health.* (49) : 489-504.

Trout K. K. (2004). “The Neuromatrix Theory of pain : Implications for selected nonpharmacologic method of pain relief for labour”. *J. Midwife Womans Health.* 49(6) : 482-8.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

The Factors Influencing Health Promoting Behaviors of Older Adults with Diabetes Mellitus in Tanonkard sub-district, Muang District, Nakhon Pathom Province

สุปราณี แตงวงษ์*
กุลิสรา เฟื่องมะนะกูล**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่เป็นโรคและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและศึกษาอำนาจในการทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีประจำตัว คือโรคเบาหวานซึ่งอาศัยอยู่ในตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 90 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.96, S.D.= 0.44) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากมีอยู่ 3 ด้าน คือ ด้านความสำเร็จแห่งชีวิต ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ =3.42 ,S.D.= 0.66, $\bar{X}$ = 3.18, S.D.= 0.48, $\bar{X}$ = 3.04, S.D.= 0.48) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมีอยู่

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
** อาจารย์ประจำบางเวลาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

3 ด้านเช่นกันคือ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 2.90, S.D.= 1.09, $\bar{X}$ = 2.83, S.D.= 0.51, $\bar{X}$ =2.39, S.D.= 0.75) และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า 1) เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .231) 2) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .271) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .279) 3) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .315) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .292) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .273) 4) อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .229) 5) ระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .285) 6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .209) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.276) ทั้งนี้รายได้ การศึกษาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 24.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดรายได้ให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการสนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดเป็นพื้นที่ในการออกกำลังกายในชุมชน เพื่อการมีสุขภาพที่แข็งแรง และพึ่งพาตนเองได้

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the relationship between personal factors including gender, education, income, occupation, underlying diseases, year of having disease and activities of daily living with health promoting behaviors of older adults with diabetes mellitus, and to study of the predictability of the personal factors and activities of daily living with health promoting behaviors of older adults with diabetes mellitus. The sample group was composed of 90 older adults persons with diabetes mellitus and above living in Tanonkard sub-district, Muang district, Nakhon Pathom province. Questionnaires included demographic data such as gender, education, income, occupation, underlying diseases, year of having disease, activities of daily living and health promoting behaviors of older adults with diabetes mellitus. Data were analyzed by computer program using percentage, mean, standard deviation,

Pearson′ s product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression to predict health promoting behaviors.

It was found that overall of the health promoting behaviors was at moderate level ($\bar{x}$ = 2.96, SD = 0.44), while success of life, interpersonal relationship, and nutrition were at high level ($\bar{x}$ = 3.42, S.D. = 0.66, $\bar{x}$ = 3.18, S.D. = 0.48, $\bar{x}$ = 3.04, S.D. = 0.48), stress management, responsibility for health, and exercise were at moderate level ($\bar{x}$ = 2.90, S.D. = 1.09, $\bar{x}$= 2.83, S.D. = 0.51, $\bar{x}$ = 2.39, S.D. = 0.75) and study for relationship was found that 1) genderhad relationship with exercise at statistically significant level at .05 (r = .231) 2) educationhad relationship with responsibility for health at statistically significant level at .01 (r = .271) and had relationship with success of life at statistically significant level at .01 (r = .279) 3) income had relationship with nutritionat statistically significant level at .01 (r = .315), and had relationship with interpersonal relationship at statistically significant level at .01 (r = .292), and had relationship with success of life at statistically significant level at .01 (r = .273) 4) occupationhad relationship with success of life at statistically significant level at . 05 (r = .229) 5) period of disease had relationship with success of life at statistically significant level at .01 (r. = .285), 6) activities of daily livinghad relationship withoverall of the health promoting behaviorsat statistically significant level at.05 (r = .209), and had relationship with exercise at statistically significant level at .01 (r = .276). Income, education, and activities of daily livingwere able to predict health promoting behaviorswith 24.40% of the variance at statistically significant level at .01

Researcher has suggested that there should be provide activities to increase their income, including support learning about diabetes mellitus self-care forhealth promoting behaviors of older adults, should be arranged area for exercise to keep healthy and self-reliance.

ความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในทางที่เสื่อมลง นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่สำคัญกลุ่มหนึ่งที่ดำรงชีวิตในยุคของความเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเป็นประชากรที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.5 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 14.5 ใน พ.ศ. 2557 และคาดว่าใน พ.ศ. 2573 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 25.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

ตามมา ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพ แม้ว่าความชราไม่ใช่โรคแต่เป็นความต่อเนื่องของชีวิตที่ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือโรคในระบบต่างๆ เนื่องจากเกิดความเสื่อมของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวช้าลง กระดูกบางหักง่าย การมองเห็นไม่ชัด มีโรคประจำตัว สมองฝ่อทำให้ความจำเสื่อม ต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียบทบาทในฐานะผู้นำประกอบกับในปัจจุบันสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่เพียงลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไร้ค่า เกิดความว้าเหว่และท้อแท้ในชีวิต จนอาจทำให้แยกตัวจากสังคมได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2553) จากการศึกษาของสุปราณี แตงวงษ์ และอรวรรณ สมบูรณ์จันทร์ (2556) พบว่าบุคคลที่อายุเกิน 60 ปี จะมีโรคประจำตัว 1 โรคหรือมากกว่านั้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่ควรได้รับความสนใจในการให้บริการเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น และการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีแนวคิดว่าบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ตัดสินใจแก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความสามารถที่จะรับผิดชอบในสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้ จากการศึกษาของจารุณี วารหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์ (2553) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งพบว่าภาวะสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพเนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีหลักในการลดอัตราความเจ็บป่วยและพัฒนาภาวะสุขภาพให้มีการทำหน้าที่ได้สูงสุด ดังนั้นการที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพโดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการเผาผลาญสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตไขมันโปรตีน สาเหตุเนื่องจากขาดอินซูลินหรือการทำหน้าที่ของอินซูลินลดลงมีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ และเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุด้วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ดังนั้นการควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น จนทำให้บุคคลนั้นประสบผลสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ในชีวิต โดยกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมีทั้งหมด 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียด

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม เพื่อจะได้นำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถพัฒนาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถพึ่งตนเองได้ซึ่งจะเป็นการป้องกันและช่วยลดภาวะ

ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือเพิ่มระดับความสามารถของการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีขึ้น คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่เป็นโรค และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่เป็นโรค และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่เป็นโรค และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

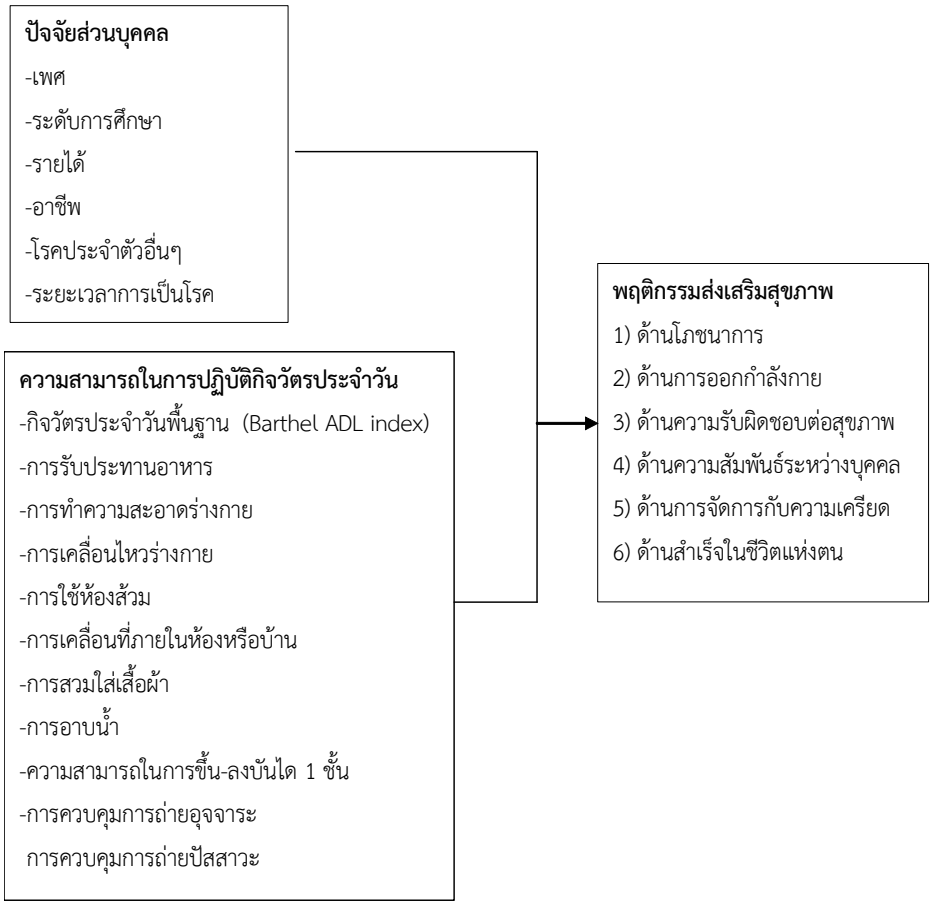
2. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่เป็นโรค และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender,1996) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 6) ด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตน

ในเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้นใช้เครื่องมือสำหรับประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมจะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย คือ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้ห้องส้วม การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ ความสามารถในการขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น การควบคุมการถ่ายอุจจาระและการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2542)

สำหรับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แสดงไว้ในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร เป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 360 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลถนนขาดอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐมโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวาน
2. อาศัยอยู่ในเขตตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม
3. มีสติสัมปชัญญะ ตอบคำถามได้
4. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบวัด 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูอายุโรคเบาหวานที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาการเป็นโรค

2. แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) ที่แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2542) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพของตนเองตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์แบ่งเป็น 6 ด้านประกอบด้วยด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการออกกำลังกาย (Exercise or physical activity) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation or interpersonal support) การจัดการกับความเครียด (Stress management) และด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self actualization or Spirital growth) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของชลธิชา เรือนคำ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิ์

คณะผู้วิจัยจะทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบ ใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้ในการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลถนนขาด อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยใช้วิธีการทำแบบสัมภาษณ์ เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขอจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนถึงหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถนนขาด

2. คณะผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถนนขาด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือและประสานงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คณะผู้วิจัยเดินทางไปพบกับผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่ได้นัดหมายไว้

4. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน

5. นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและนำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณเป็นร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวมโดยการแจกแจงเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

เกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คะแนน 1.00-2.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ระดับความสัมพันธ์แบ่งได้ 5 ระดับ ดังนี้ (Munro, 2001)

.00-.25 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับเล็กน้อย

.26-.49 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

.50-.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

.70-.89 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง

.90-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

4. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression coefficient) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อหาปัจจัยส่วนบุคคลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานทั้งนี้กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 27.77 มีอายุระหว่าง 70-74 ปี มีเพียงร้อยละ 12.22 ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 55.55 อยู่ในระดับประถมศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 48.88 การอยู่ร่วมกันส่วนใหญ่อยู่กับบุตรคิดเป็นร้อยละ 51.11 ด้านการประกอบอาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ อาชีพข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 20.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.12 รองลงมาคือมี 1,001-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ส่วนแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 51.12 ด้านความเพียงพอของรายได้นั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 77.78 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 53.34 และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.66 ปี มีเพียงร้อยละ 5.56 ที่เป็นระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 0-1 ปี ส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 96.66 และมีช่องทางการได้รับข่าวสารส่วนใหญ่คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 46.66 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียวไม่มีโรคอื่นๆ ร่วมร้อยละ 47.77 และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคอื่นๆ ร่วม 5 อันดับแรกมีดังนี้ คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.33) โรคไขมันในเลือด (ร้อยละ 10.00) โรคหัวใจ (ร้อยละ 3.33) อันดับที่ 5 ได้แก่โรคกระเพาะอาหารและโรคทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 2.23)

ส่วนเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้น พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในช่วง 12 คะแนนขึ้นไป จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44 ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนคะแนนในช่วง 0-4 คะแนน มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.11 ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด คะแนนช่วง 5-8 คะแนน มีจำนวน 1 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 1.11 ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนมาก ส่วนช่วงคะแนนที่พบน้อยที่สุด คือ 9-11 คะแนนพบเพียง 3 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 3.34 เท่านั้น ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง

ส่วนคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ดังตารางต่อไปนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ			
ด้านโภชนาการ	3.04	0.48	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	2.39	0.75	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบสุขภาพ	2.83	0.51	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.18	0.48	มาก
ด้านการจัดการความเครียด	2.90	1.09	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จแห่งชีวิต	3.42	0.66	มาก
โดยรวม	**2.96**	**0.44**	ปานกลาง

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.96, S.D.= 0.44) และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านแล้วพบว่าด้านความสำเร็จแห่งชีวิต คะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.42, S.D.= 0.66) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X}$ = 3.18, S.D.= 0.48) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.39, S.D.= 0.75)

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาการเป็นโรคและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แสดงเป็นตารางดังนี้

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						
	ด้านที่ 1	ด้านที่ 2	ด้านที่ 3	ด้านที่ 4	ด้านที่ 5	ด้านที่ 6	โดยรวม
เพศ	-.036	.231*	-.067	-.115	.033	.034	-.085
ระดับการศึกษา	.225	.149	.271**	.137	.168	.279**	.296**
รายได้	.315**	.089	.176	.292**	.178	.273**	.308**
อาชีพ	.130	.169	.198	.087	-.055	.229*	.050
โรคประจำตัวอื่นๆ	.004	-.151	-.063	.004	-.122	.008	-.102
ระยะเวลาการเป็นโรค	.017	-.085	-.026	.055	-.056	.285**	.008
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.184	.276**	.144	.180	.054	.057	.209*

**Correlation is significant at the 0.01 level (2 tailed)

*Correlation is significant at the 0.05 level (2 tailed)

หมายเหตุ : 1) ด้านที่ 1 คือด้านโภชนาการ 2) ด้านที่ 2 คือ ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านที่ 3 คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ4) ด้านที่ 4 คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล5) ด้านที่ 5 คือ ด้านการจัดการกับความเครียด และ 6) ด้านที่ 6 คือ ด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตน

จากตารางพบว่า

เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .231)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .271) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .279) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .296)

รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .315) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .292) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .273) และมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .308)

อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .229)

ระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .285)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .209) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .276) และมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .209)

ส่วนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวพยากรณ์ที่ได้รับคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้นในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) แสดงเป็นตารางได้ดังนี้

ขั้นที่	ตัวพยากรณ์	R	R^2	Adjusted R^2	b	Beta	t	Sig
1	รายได้	.308	.095	.084	2.630	.308	22.076	.000
2	รายได้และการศึกษา	.429	.184	.166	2.412	.300	18.032	.000
3	รายได้ การศึกษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.494	.244	.217	1.739	.250	6.006	.000
	Constant (a) = 1.739			F = 9.237				

$p < .01$

จากตารางพบว่าในขั้นที่ 1 ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวพยากรณ์ตัวแรก คือ รายได้เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .095 แสดงว่ารายได้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในการวิเคราะห์ขั้นที่ 2 ตัวพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณา คือ การศึกษาพบว่าค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.40 ($p < .01$) ในขั้นที่ 3 ตัวพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณา คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.40 ($p < .01$) และเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ที่เหลือ ได้แก่ เพศ อาชีพ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่เป็นโรค ในขั้นต่อไปของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงยุติลงในขั้นที่ 3

จะเห็นได้ว่าเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้ว ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ การศึกษาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยตัวแปรทั้ง 3 สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 24.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

Y	=	a + b1 x 1 + b2 x 2 +....+ bn x n
Y (พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน)	=	1.739+2.630 (รายได้)+2.412 (การศึกษา)+1.739 (ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)

อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาการเป็นโรคและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .231) นั่นหมายถึงว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสนใจในการดูแลออกกำลังกายมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

ระดับการศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .296) แสดงว่าระดับการศึกษามีความสำคัญในเรื่องของการได้รับการสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาร้อยละ 55.6 อยู่ในระดับประถมศึกษาและรองลงมาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 30.0 ซึ่งระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .271) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .279) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2550) ที่พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยบุคคลซึ่งมีศึกษาสูงจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำและการศึกษาจะทำให้เกิดสติปัญญาสามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ เรียนรู้เรื่องโรค และเข้าใจแผนการรักษาได้ดี จึงปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง มีฐานะดีทำให้มีโอกาสดีในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996)

รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .315) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .292) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .273) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่ารายได้ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.1 รองลงมาคือมี 1,001-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 51.4 ด้านความเพียงพอของรายได้นั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 77.8 แสดงว่ารายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านความต้องการพื้นฐาน การเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขและสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นบุคคลที่มีรายได้สูง จะมีแหล่งประโยชน์ที่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มดำรงภาวะสุขภาพดี โดยไม่ต้องกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจ แต่สำหรับผู้มีรายได้น้อย ต้องกังวลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและหารายได้เพื่อดูแลตนเองและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เพนเดอร์ (Pender,1996) กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตใน

ด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานและความสามารถในการดูแลของบุคคล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกชพร อ่อนอภัย (2551) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .229) จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าด้านการประกอบอาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 42.2 รองลงมาคืออาชีพข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 20.0 สามารถอธิบายได้ว่าอาชีพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และเป็นข้าราชการบำนาญ ซึ่งจะมีเวลาว่างในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกๆ ด้าน จึงทำให้อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตน ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ นันทกา คำแก้ว (2550) ที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองกลางนา จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และแหล่งรายได้ที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่างกัน

ระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .285) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.7 ปี สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมานาน สามารถที่จะดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงทำให้ระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสำเร็จในชีวิตแห่งตน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .209) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .276) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ จากการศึกษาของจีราพร ทองดี (2550) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดีเนื่องมาจากหลายๆ ปัจจัย ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งทำให้ได้รับความรักความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว สามารถอธิบายได้ว่าถ้าผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีก็จะสามารถมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมาด้วย

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่เป็นโรค และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในตำบลถนนขาด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คือ รายได้ การศึกษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 24.40 ($p < .01$) นั่นแสดงว่ารายได้ การศึกษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่สำคัญของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่มีส่วนรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุจัดทำโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สรุปได้ดังนี้

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคนี้เป็นโรคเรื้อรังซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุมาตั้งแต่ต้น ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ เหล่านี้เพราะจะทำให้ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆ เหล่านี้ รวมทั้งเพื่อดูแลรักษาสุขภาพของตนเองเมื่อเกิดโรคเหล่านี้ เป็นการป้องกันอันตรายและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2. ควรมีกิจกรรมกลุ่มสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้มีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ต่างๆหรือมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการจัดอบรมความรู้ การเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นต้น โดยให้เน้นเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลทั้ง 6 ด้าน เช่น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

บรรณานุกรม

กชพร อ่อนอภัย. (2551). *การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จารุณี วารหัส และ อริสา จิตต์วิบูลย์. (2553). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ.* สงขลา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.

จีราพร ทองดี. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชลธิชา เรือนคำ. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทกา คำแก้ว. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรลุ ศิริพานิช. (2553). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์.* พิมพ์ครั้งที่ 24. กรุงเทพ : พิมพ์ดี.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552.* กรุงเทพฯ : บริษัท ทีคิวพีจำกัด.

รัชนีวรรณ แก้วรังสี. (2554). *สุขภาพผู้สูงวัยดูแลอย่างไรให้ห่างไกลโรค.* นนทบุรี : บริษัท กรีนแอปเปิ้ล กราฟฟิคพริ้นติ้งจำกัด.

วาสนา ครุฑเมือง. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศากุล ช่างไม้ และคณะ. (2554). *ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ.* รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ. (2548). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตภาคเหนือของประเทศไทย.* รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2542). *ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.* กรุงเทพมหานคร: โฮลิตัก พับลิชชิ่ง.

สุปราณี แตงวงษ์ และอรวรรณ สมบูรณ์จันทร์. (2556). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม.* รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2556.* กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.

Challis, D., et al., (2000) Dependency in older people recently admitted to care homes. *Age and Ageing.* (29) : 255-260.

Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice.* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter or Health Promotion.* Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

ความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Need of Comfort in Patient on Mechanical Ventilation at Intensive Care Unit, Samutsakorn Hospital*

อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่ออธิบายความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยหายใจจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 63 คนซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร เลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด สัมภาษณ์ความต้องการความสุขสบายที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีความต้องการความสุขสบายของคอลคาบา (Kolcaba, 2003) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความต้องการความสุขสบายเท่ากับ .97 เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 288.46 คะแนน (S.D. = 43.79) สำหรับความต้องการความสุขสบายรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 129.44 คะแนน (S.D. = 24.55) ค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายด้านจิต-จิตวิญญาณ อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ

---

* วิจัยโรงพยาบาลสมุทรสาครได้รับทุนสนับสนุนจาก มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมัณฑารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

108.90 คะแนน (S.D. = 16.65) ค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.73 คะแนน (S.D. = 5.54) และค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.38 คะแนน (S.D. = 6.57)

ผลการวิจัยสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อการส่งเสริมความสุขสบายแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิต-จิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study needs of comfort in patients on mechanical ventilation at Intensive Care Unit. The sample consisted of 63 patients who were on mechanical ventilation at Intensive Care Unit, Samutsakorn Hospital. An interviewing questionnaire for needs of comfort based on Kolcaba'Comfort theory (2003), was used had the internal consistency of .97. The study was conducted from August 2010 to August 2011. Data were analyzed by descriptive statistics. The results were as follows:

The overall needs of comfort was at the moderate level ($\bar{x}$ =288.46, S.D. = 43.79), physical comfort was at the moderate level ($\bar{x}$ = 129.44, S.D. = 24.55), psychospiritual comfort was at the high level ($\bar{x}$ =108.90, S.D. =16.65), sociocultural comfort was at the moderate level ($\bar{x}$ = 24.73, S.D. = 5.54), and scores need of comfort for environmental comfort was at the moderate level ($\bar{x}$ = 25.38, S.D. = 6.57).

The results provide evidences to improve quality of care in patient with mechanical ventilation focusing on physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental comfort.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน้าที่ของระบบหายใจ คือ การทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Gas exchange) เพื่อให้เนื้อเยื่อต่างๆได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และการหายใจเป็นการขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย ภาวะเลือดพร่องออกซิเจนเป็นสาเหตุวิกฤตของระบบหายใจ (สมคิด วิลเลี่ยมส์, 2551) ภาวะวิกฤตของระบบหายใจเป็นภาวะที่คุกคามกับชีวิต มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2551) การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยแก้ปัญหาภาวะวิกฤตของระบบหายใจคือทำให้มีการระบายอากาศดีขึ้น แก้ไขภาวะเลือดพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) เครื่องช่วยหายใจที่ใช้ในปัจจุบันเป็นเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (Positive pressure ventilator) คือเครื่องที่ทำให้มีลมไหลเข้าไปในหลอดลมและปอดของผู้ป่วย เป็นแรงดันบวกช่วงหายใจเข้า และลมจะไหลออกจากปอดได้เอง ด้วยแรงดันของกล้ามเนื้อของปอด ด้วยการหายใจออก ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจผ่านเข้าทางปากหรือจมูก หรือโดย

การเจาะคอ (อรสา พันธ์ภักดี, 2541) เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อชลอเวลาให้แพทย์ได้รักษาสาเหตุจากการเจ็บป่วยดั้งเดิมที่ทำให้เกิดปัญหาระบบทางเดินหายใจ หรือโรคอื่นที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจให้ฟื้นคืนสู่ภาวะปกติ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อส่งเสริมให้มีการระบายอากาศได้ตามปกติและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนที่เพียงพอโดยการส่งผ่านออกซิเจนทางท่อหลอดลมคอ และลดการทำงานของปอด กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ โดยลดอัตราการหายใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการระบายอากาศ (ปราณี ทู้ไพเราะ, 2543)

เครื่องช่วยหายใจถึงแม้จะเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประโยชน์และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีการหายใจไม่เพียงพอ หรือหยุดหายใจ แต่ก็มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือปัญหาอย่างรุนแรงได้ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกายได้แก่ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ อาจทำให้มีการแตกของถุงลม (Sandur, S. & Stoller,J. K, 1999) ระบบทางเดินอาหาร ไต การติดเชื้อ ออกซิเจนเป็นพิษ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อความไม่สุขสบายหรือสร้างความทุกข์กับผู้ป่วยทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (Kolcaba, 2003) มีผู้ศึกษาเรื่องความไม่สุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไว้ค่อนข้างมาก แต่ความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีผู้ศึกษาจำนวนน้อย นิตเยาว์ ไชยทองรักษ์ (2551) ศึกษาความต้องการความสุขสบายและการตอบสนองความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่โรงพยาบาลพัทลุง ทั้งแผนกสามัญและห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในแผนกสามัญถึงร้อยละ 82.5 เนื่องจากบริบทของห้องผู้ป่วยหนัก และแผนกสามัญมีความแตกต่างกัน โดยห้องผู้ป่วยหนักสร้างมาจากความต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิต (แสงจันทร์ ทองมาก, 2543) จึงได้รับการออกแบบให้ห้องผู้ป่วยหนักมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ ด้านสิ่งแวดล้อมห้องผู้ป่วยหนักจะมีลักษณะเป็นหน่วยเล็กๆ ภายในหน่วยสามารถรับผู้ป่วยได้ประมาณ 6-12 คน เตียงผู้ป่วยวางในตำแหน่งที่พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ เตียงนอนมีราวกันเตียงทั้ง 2 ข้างพร้อมทั้งมีสายยางหลายสายต่อออกจากตัวผู้ป่วยไปสู่เครื่องมือซึ่งเป็นอุปกรณ์การแพทย์ หรือต่อลงถุงหรือขวดข้างเตียงมีสายน้ำเกลือ และขวดน้ำเกลือ หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ปากผู้ป่วยอาจมีท่อหลอดลมคอใส่ไว้และต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ที่แขนมีเครื่องวัดความดันโลหิตและต่อสายไปยังเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดแสดงค่าอย่างต่อเนื่อง ที่ผนังด้านหัวเตียงผู้ป่วยมีที่สำหรับเสียบออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และเครื่องวัดความดันโลหิต ด้านกิจกรรมการพยาบาล จะมีติดต่อกันตลอดเวลานับตั้งแต่การตรวจสัญญาณชีพซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมอื่นๆ เช่น การดูดเสมหะและบีบลมเข้าปอด (Self inflating bag) การปรับเครื่องช่วยหายใจ การให้น้ำเกลือ กิจกรรมการพยาบาลมีทั้งกิจกรรมกึ่งอิสระ คือ ทำภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ และกิจกรรมที่เป็นบทบาทอิสระซึ่งมีความสำคัญเช่นกัน ด้านความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนักจะขาดความเป็นส่วนตัวเพราะต้องอยู่ในสายตาของบุคลากรในทีมสุขภาพตลอดเวลา และประการสุดท้ายการเยี่ยมของญาติเนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤต ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องใกล้ชิด และต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยเทคนิคปฏิบัติหลายอย่าง จึงจำเป็นต้องจำกัดเวลาเยี่ยมของญาติให้สั้นลง เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาใกล้ชิดกับญาติน้อยลง

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักและพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ ที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสนใจศึกษาความต้องการของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก

เพื่อจัดบริการ ปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างแท้จริง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความสุขสบายของคอลคาบา (Kolcaba, 2003) ที่กล่าวว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อบุคคลเกิดจากสิ่งเร้าที่ขัดขวางความสุข เนื่องจากอาการแสดงของโรค การรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา สภาพอารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าความสุขสบายถูกคุกคาม จึงมีความต้องการความสุขสบายพื้นฐาน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิต-จิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะถูกคุกคามจากสิ่งเร้าอย่างมากโดยเฉพาะผลข้างเคียงจากการรักษา คือ การใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อต่อกับเครื่องช่วยหายใจ เกิดความทุกข์ทรมานขัดขวางความสุขสบาย ผู้ป่วยจึงมีความต้องการความสุขสบายทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย คือการลดความเจ็บปวด การส่งเสริมความสะอาดร่างกาย การส่งเสริมการเคลื่อนไหว การส่งเสริมการรับประทานอาหาร การส่งเสริมการนอนหลับ 2) ด้านจิต-จิตวิญญาณ คือ การลดความวิตกกังวลและความกลัว การช่วยเรื่องการสื่อสาร การเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและการได้รับการปฏิบัติตามความเชื่อ 3) ด้านสังคม คือ การทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือการควบคุมอุณหภูมิ เสียง การจัดให้มีแสงสว่างอย่างเหมาะสม

คำถามของการวิจัย

1. ความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร
2. ความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร
3. ความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2554 จำนวน 63 ราย ซึ่งได้จากตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยได้กำหนดค่า Power analysis เท่ากับ .08 และ Effect Size .50 กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้ค่าประมาณกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 63 ราย ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ซึ่งเข้ารับการรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักและมีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
3. ระดับรู้สึกตัวดีและสามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
4. ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางคลินิกประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว แหล่งรายได้หลัก สาเหตุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่องทางที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวระหว่าง

การใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในการเจ็บป่วยครั้งนี้ และประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. แบบสัมภาษณ์ความต้องการความสุขสบาย ดัดแปลงจาก นิตเยาว์ ไชยทองรักษ์ (2551) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของคอลคาบา(Kolcaba, 2003) ครอบคลุมความสุขสบายทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิต- จิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวม 44 ข้อ

ด้านร่างกายมีทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น การลดความเจ็บปวด 7 ข้อ การส่งเสริมความสะอาดร่างกาย 5 ข้อ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว 3 ข้อ การส่งเสริมการรับประทานอาหาร 3 ข้อ และการส่งเสริมการนอนหลับ 3 ข้อ

ด้านจิต – จิตวิญญาณมีทั้งหมด 15 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น การลดความวิตกกังวลและความกลัว 7 ข้อ การช่วยเรื่องการสื่อสาร 2 ข้อ การเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ข้อ และการมีสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ 2 ข้อ

ด้านสังคมมีทั้งหมด 4 ข้อ

ด้านสิ่งแวดล้อมมีทั้งหมด 4 ข้อ

แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายปิด ซึ่งในแต่ละข้อคำถามให้ผู้ป่วยประเมินระดับความต้องการความสุขสบาย แบบมาตราวัด (Visual Analog Scale) เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร จากซ้าย คือ 0 หมายถึง ไม่มีความต้องการ ด้านขวาสุด คือ 10 หมายถึง มีความต้องการมากที่สุด

คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ทั้งชุด มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0- 440 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีความต้องการความสุขสบายมากที่สุด คะแนนต่ำ หมายถึง มีความต้องการความสุขสบายน้อย

การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนแบบอิงกลุ่ม โดยแบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย ซึ่งคำนวณจากค่าสูงสุด ถึง ต่ำสุด แล้วแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2547) ซึ่งสามารถแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดระดับคะแนนดังนี้

เกณฑ์การแปลความหมายของระดับคะแนนเฉลี่ยความต้องการความสุขสบาย

ความต้องการความสุขสบายโดยรวม

0.00 – 146.66 คะแนน หมายถึงมีความต้องการความสุขสบายโดยรวมระดับน้อย

146.67 – 293.32 คะแนน หมายถึงมีความต้องการความสุขสบายโดยรวมระดับปานกลาง

293.33 – 440.00 คะแนน หมายถึงมีความต้องการความสุขสบายโดยรวมระดับมาก

ความต้องการความสุขสบายด้านร่างกาย

0.00 – 70.00 คะแนน หมายถึงมีความต้องการความสุขสบายด้านร่างกายระดับน้อย

70.01 – 140.00 คะแนน หมายถึงมีความต้องการความสุขสบายด้านร่างกายระดับปานกลาง

140.01- 210.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการความสุขสบายด้านร่างกายระดับมาก

ความต้องการความสุขสบายด้านจิต –จิตวิญญาณ

0.00 – 50.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการความสุขสบายด้านจิต-จิตวิญญาณระดับน้อย

50.01 – 100.00 คะแนน หมายถึงมีความต้องการความสุขสบายด้านจิต-จิตวิญญาณระดับปานกลาง

100.01 – 150.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการความสุขสบายด้านจิต-จิตวิญญาณระดับมาก

ความต้องการความสุขสบายด้านสังคม

0.00 – 13.33 คะแนน หมายถึง มีความต้องการความสุขสบายด้านสังคมระดับน้อย

13.34 – 26.66 คะแนน หมายถึงมีความต้องการความสุขสบายด้านสังคมระดับปานกลาง

26.67 – 40.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการความสุขสบายด้านสังคมระดับมาก

ความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม

0.00 – 13.33 คะแนน หมายถึง มีความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมระดับน้อย

13.34 – 26.66 คะแนน หมายถึงมีความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง

26.67 – 40.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมระดับมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงจาก นิตเยาว์ ไชยทองรักษ์ (2551) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของคอลคาบา(Kolcaba, 2003) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validityIndex : CVI) เท่ากับ 0.86

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีความตรงตามเนื้อหา นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน จากนั้นนำเครื่องมือมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach′ alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือความต้องการความสุขสบาย เท่ากับ 0.97

การเก็บข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังถอดท่อช่วยหายใจออก 24-48 ชั่วโมง เพื่อแนะนำตัวและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย ในรายที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม ผู้วิจัยจะกลับมาสัมภาษณ์ในวันที่ผู้ป่วยพร้อม

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความต้องการความสุขสบายในระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 57 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 43 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 74.6 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.5 แหล่งรายได้ของครอบครัวได้จาก บุตรหลานร้อยละ 46.0 และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,159 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เครื่องช่วยหายใจสาเหตุจากโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจและหลอดเลือด ทุกคนใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 5.1 วัน จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1-3 วันคิดเป็นร้อยละ 55.56 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 55 คนคิดเป็นร้อยละ 87.3 และกลุ่มที่มีประสบการณ์ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 12.7

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 288.46 คะแนน (S.D. = 43.79) สำหรับความต้องการความสุขสบายรายด้านพบว่าค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายด้านจิต-จิตวิญญาณ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 108.90 คะแนน (S.D. = 16.65) ค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 129.44 คะแนน (S.D. = 24.55) ค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.38 คะแนน (S.D. = 6.57) และค่าคะแนนความต้องการความสุขสบายด้านสังคมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.73 คะแนน (S.D. = 5.54)

ความต้องการความสุขสบายด้านจิต-จิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความสุขสบายด้านจิต - จิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ซึ่งความต้องการความสุขสบายด้านจิต - จิตวิญญาณ 5 อันดับแรกคือ 1) ความต้องการให้อธิบายถึงแนวทางการรักษา ทางเลือกและความก้าวหน้าของโรคอย่างต่อเนื่อง 2) ความต้องการทราบถึงระเบียบการเยี่ยมเวลาเยี่ยม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ความต้องการให้อธิบายถึงวัตถุประสงค์และความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์อื่นๆ 4) ความต้องการให้แจ้งก่อนทุกครั้งเมื่อจะให้กิจกรรมการพยาบาล และ 5) ความต้องการ กริ่ง หรืออุปกรณ์ส่งสัญญาณขอความช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ใช้เครื่องช่วยหายใจมีจำนวน 55 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 87.3 มีความต้องการความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=290.65, S.D. = 43.91) สำหรับความต้องการความสุขสบายรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความสุขสบายด้านจิต-จิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=109.47, S.D. = 16.35) ส่วนความต้องการความสุขสบายด้านร่างกายความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม และความต้องการความสุขสบายด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ค่า $\bar{x}$, S.D. ตามลำดับดังนี้ $\bar{x}$ = 129.93, 25.96, 25.29 S.D. = 24.74, 6.10, 5.17

กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยหายใจมีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 มีความต้องการความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 273.38 คะแนน (S.D. = 42.59) สำหรับความต้องการความสุขสบายรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างความต้องการความสุขสบายด้านจิตจิตวิญญาณ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=105.00, S.D. = 19.29) ส่วนความต้องการความสุขสบายด้านร่างกาย ความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม และความต้องการความสุขสบายด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ค่า $\bar{x}$, S.D. ตามลำดับดังนี้ $\bar{x}$ = 126.13, 21.37, 20.87 S.D. = 24.53, 8.58, 6.79

อภิปรายผลของการวิจัย

อภิปรายผลของการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่ออธิบายความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งนี้เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีผลกระทบต่อการรับรู้ถึงความสุขสบายเพราะผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องเผชิญกับความไม่สุขสบาย จึงต้องการความสุขสบายทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิต-จิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 87.3 ไม่มีความรู้เรื่องเครื่องช่วยหายใจมาก่อนจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมความต้องการความสุขสบาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ (2549) พบว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือความไม่สุขสบายขึ้นได้

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความสุขสบายด้านจิต - จิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ซึ่งความต้องการความสุขสบายด้านจิต - จิตวิญญาณ 5 อันดับแรก คือ 1) ความต้องการให้อธิบายถึงแนวทางการรักษา ทางเลือกและความก้าวหน้าของโรคอย่างต่อเนื่อง 2) ความต้องการความมั่นใจกับท่านว่าแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่จะให้การดูแลท่านเป็นอย่างดี 3) ความต้องการให้อธิบายถึงวัตถุประสงค์และความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์อื่นๆ 4) ความต้องการให้แจ้งก่อนทุกครั้ง เมื่อจะให้กิจกรรมการพยาบาล และ 5) ความต้องการ กริ่ง หรืออุปกรณ์ส่งสัญญาณขอความช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี สมศรี (2547) ซึ่งศึกษาเรื่องผลของ

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและเครื่องช่วยหายใจ พบว่าการให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ และเสียงเตือนต่างๆ ควรได้รับคำอธิบายเรื่องความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัย การแนะนำกฎระเบียบการเยี่ยม กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนแนวทางการดูแลรักษา จะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล หรือความกลัว มีความรู้สึกสุขสบายขึ้น ความทุกข์ทรมานจากปัญหาการสื่อสาร ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการสื่อสารทั้งการสื่อที่ใช้คำพูดและการสื่อที่ใช้ภาษากายโดยทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการไม่ได้รับความช่วยเหลือเมื่อประสบภัยต่างๆ (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549) และการศึกษาของ ฟลายม์ และบรูซ (Flynm & Bruce, 1993) เรื่องการช่วยในการสื่อสาร เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้การสื่อสารผิดปกติ ขาดประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความคับข้องใจ อึดอัด โกรธ ไม่สุขสบาย การช่วยให้ผู้ป่วยสื่อสารได้อย่างเข้าใจ เช่น การเขียน การใช้ป้ายข้อความ หรือการใช้รูปภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้น

คอลคาบา (Kolcoba, 2003) กล่าวว่าระดับของความสุขสบายมีความสัมพันธ์กับบริบทของความสุขสบายในแต่ละด้าน กล่าวคือ ในภาวะบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายเพียงเล็กน้อย จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เองและความทุกข์จะบรรเทา ทำให้ได้รับความสุข แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ จะเกิดความต้องการที่จะได้รับการตอบสนอง เพื่อจะทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น หากการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงและใช้เวลานาน บุคคลจะพัฒนาตนเองจากสภาพที่เกิดขึ้นโดยการค้นหาวิธีการต่างๆ จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อให้ตนเองอยู่เหนือความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บป่วยที่คุกคาม เกิดการหลุดพ้น สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล ควรส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การสร้างนวัตกรรมที่สร้างเสริมความสุขสบายในแต่ละด้าน โดยเฉพาะความต้องการทางด้านจิต – จิตวิญญาณ

ด้านการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลสำเร็จใหม่ นักศึกษาพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้ได้รับการตอบสนองความต้องความสุขสบาย

ส่วนด้านการวิจัยควรทำวิจัยเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบาย ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิต – จิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

เกศินี สมศรี. (2547). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิตเยาว์ ไชยทองรักษ์. (2551). *ความต้องการความสุขสบายและการตอบสนองความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ยูแอนไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปราณี ทู้ไพเราะ. (2543). *การผันแปรออกซิเจนและระบายอากาศ การพยาบาลอายุรศาสตร์*. กรุงเทพฯ : ลิฟวิ่งทรานส์มีเดีย.

พรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2551). ภาวะวิกฤตระบบหายใจและการพยาบาล. ใน สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

แสงจันทร์ ทองมาก. (2543). แนวคิดกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. ในคณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ* เล่ม 4. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

สมคิด วิลเลี่ยมส์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบทางเดินหายใจ. ใน เพลินตา ศิริปการ และคณะ. (บรรณาธิการ). *การปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ. (2549). *ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะการักษ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

อรสา พันธ์ภักดี. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน. ใน สมจิต หนุเจริญกุล. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : มิตรเจริญการพิมพ์.

Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort theory and practice*. New York : Springger Publi shing.

Sandur, S. &Stoller,J. K. (1999). “Pulmonary complication of mechanical ventilation”. *Clinics in Chest Medicine*. 20(2), 223-243.

ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

Professional Nurse Anesthetist Image as Perceived by Health Personnel, Damnoen Saduak Hospital

โสฐิตา ขุนภักดี*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ จากกลุ่มตัวอย่าง 259 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 สถิติวิเคราะห์ที่ใช้ ได้แก่ t-test และ one way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงในระดับสูง และในอุดมคติอยู่ในระดับที่สูงมาก โดยมีภาพลักษณ์ในอุดมคติสูงกว่าภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงในทุกด้าน และมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงกับในอุดมคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยเฉพาะด้านการติดต่อสื่อสารทางวิชาชีพ และด้านมนุษยสัมพันธ์ที่พบความแตกต่างสูงกว่าด้านอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรสุขภาพกลุ่มอายุ 35-45 ปีมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในอุดมคติสูงกว่ากลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป และผู้มีตำแหน่งบริหารมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงสูงกว่าผู้ปฏิบัติงาน

จากผลวิจัยนี้วิสัญญีพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาภาพลักษณ์ตนเองให้ดียิ่งขึ้น และใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในวงกว้างต่อไป

Abstract

The purposes of this survey research were to study and compare the actual with the ideal image of nurse anesthetists as perceived by health personnel in Damnoen Saduak Hospital. A study sample consisted of 259 health personnel. The research instrument consisted of the personal-data questionnaire

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

and the nurse anesthetist's image questionnaire, and the reliability value determined by Cronbach's Alpha Coefficient was 0.97. The statistical analyses used in this study were t-test and one way ANOVA.

The findings indicated that the actual and ideal images of nurse anesthetists as perceived by health personnel were at high and higher levels respectively. Moreover, the ideal image was better perceived than the actual in all aspects, and there was a significant difference between mean scores of actual and ideal image of nurse anesthetists at the 0.001 level. The differences in both professional communication skills and human relations were particularly greater than other aspects. And it was discovered that health personnel in the age group of 35-45 years tended to perceive a better ideal image than the elder. Furthermore, the managerial group perceived a better actual image than the practitioners.

In conclusion, the result of this study could be utilized by nurse anesthetists to improve self-image. It can also be used as the basis for future research to broaden the perception of nurse anesthetist images.

ความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางระดับทุติยภูมิ ขนาด 304 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานและผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital accreditation : HA) ในปี พ.ศ. 2546 สำหรับฝ่ายวิสัญญีในแผนกผ่าตัดนั้นประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 2 คน และวิสัญญีพยาบาล 7 คน ซึ่งวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทหน้าที่หลัก คือ ให้บริการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด การช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลระงับความปวดทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ภายใต้ระเบียบหรือกฎกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุข และตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

ด้วยภาพลักษณ์เป็นส่วนหนึ่งของอาชีพและเป็นวิถีทางหนึ่งที่บุคคลปรากฏต่อผู้อื่น ซึ่งสตราเซน (Strasen, 1992) ได้จำแนกออกเป็น 2 มุมมองด้วยกันคือ มุมมองที่บุคคลในองค์กรมองภาพลักษณ์ของตนเองและมุมมองที่บุคคลมองภาพลักษณ์ของผู้อื่น นอกจากนี้ยังจำแนกตามสภาพการณ์ที่ปรากฏคือ ภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและภาพลักษณ์ในอุดมคติ สำหรับภาพลักษณ์พยาบาลนั้น ถึงแม้มีผลการศึกษาชี้ว่าผู้ใช้บริการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในระดับดี (ภัคกร อิ่นคำ และบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2554) แต่ก็มีผลการศึกษาที่แสดงว่าพยาบาลมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์เชิงจริยธรรมของวิชาชีพการพยาบาลในเชิงบวกมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยหรือญาติ (นันท์นภัส เสืองามเอี่ยม, 2545) นอกจากนี้ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของพยาบาล (มณฑา ภู่ห้อย, 2550) ของผู้ป่วย (เบญจวรรณ จงมหาศาลชัย, 2550) ของบุคลากรในโรงพยาบาล (สุนันทา อัมพวานนท์, 2549) และของสาธารณชน (พูนพิลาศ โรจนสุพจน์, 2541) ต่างให้ผลสอดคล้องกันว่ามีการรับรู้แตกต่างกัน โดยมีการรับรู้ภาพลักษณ์ในอุดมคติสูงกว่าที่เป็นจริง

การรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลที่เป็นจริงและในอุดมคติที่แตกต่างกัน เนื่องจากเป้าหมายที่บุคคลพบและแปลความได้รับอิทธิพลอย่างยิ่งจากคุณลักษณะส่วนบุคคล ทัศนคติ แรงจูงใจ ประสบการณ์ในอดีต

และความคาดหวัง (Robbins, et al., 2010) รวมถึงวัฒนธรรม เพศ อาชีพ/องค์กรของบุคคล (Schein, 1990) ดังมีผลการศึกษาที่แสดงถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน สถานภาพในการทำงาน ปรากฏว่าบุคคลมีการรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของพยาบาลแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โดยพยาบาลเองหรือโดยกลุ่มบุคคลอื่น (ประนอม รอดคำดี และคณะ, 2540; สุมาลี โชติยะ, 2551; ภัคกร อิ่นคำ และบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2554; Takase, 2005)

เมื่อพิจารณาภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในประเทศไทยพบว่า ไม่มีผลงานวิจัยเป็นที่ปรากฏ ทั้งที่งานวิสัญญีพยาบาลเป็นงานที่หนักและมีความรับผิดชอบสูงมาก เพราะต้องปฏิบัติงานให้ยาระงับความรู้สึกอย่างมีมาตรฐาน และต้องดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยมากที่สุด แม้แต่การศึกษาในต่างประเทศก็ยังมีจำกัด โดย เลอเบค (Lebeck, 1992 cited in Talbert, 2008) ที่ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับวิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการรับรอง พบว่า มีนักศึกษาพยาบาลถึงร้อยละ 76 ที่ไม่รู้หรือรับรู้เกี่ยวกับวิสัญญีพยาบาลน้อยมาก ได้เสนอแนะว่าวิสัญญีพยาบาลควรแสดงบทบาทให้เป็นที่รับรู้ถึงวิชาชีพของตนให้มากยิ่งขึ้น

สำหรับเกณฑ์อัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลขั้นต่ำในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ คือ วิสัญญีพยาบาลต่อผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเท่ากับ 2:1 และวิสัญญีพยาบาลต่อผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเท่ากับ 1:2 (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2541; สภาการพยาบาล, 2548) แต่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก มีวิสัญญีพยาบาลเพียง 7 คนต่อห้องผ่าตัด 4 ห้องและห้องพักฟื้น 1 ห้อง (4 เตียง) ทำให้ประสบกับปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอต่อปริมาณงาน อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริการและการติดต่อประสานงานกับบุคลากรสุขภาพสหสาขาได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาลจึงสนใจศึกษาภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งน่าจะเป็นกลุ่มบุคคลที่รับรู้ถึงลักษณะงานและผลการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลได้ดีกว่ากลุ่มวิชาชีพอื่นๆ โดยคาดว่าผลที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาล เพื่อนำสู่การยอมรับในทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพให้ดียิ่งขึ้น อันจะก่อให้เกิดการปฏิบัติงานบริการสุขภาพร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ โดยจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และคุณลักษณะด้านการปฏิบัติงาน ได้แก่ ตำแหน่งทางวิชาชีพ หน่วยงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการรับรู้เกี่ยวกับวิสัญญีพยาบาล

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพมีความแแตกต่างกัน

2. บุคลากรสุขภาพที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะด้านการปฏิบัติงานต่างกันมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ด้วยภาพลักษณ์เป็นวิถีทางที่ผู้มีอาชีพปรากฏตัวต่อสหสาขาวิชาชีพและต่อสาธารณชน สำหรับภาพลักษณ์ของพยาบาลนั้นก็เป็นความคิดเห็นของผู้ร่วมงานสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการที่มีต่อพยาบาลอันเนื่องจากการให้บริการด้านการพยาบาล (Yura, 1989) โดยภาพลักษณ์ตนเองเชิงวิชาชีพขึ้นอยู่กับการพัฒนาภาพลักษณ์ของตัวพยาบาลเอง ซึ่งสตราเซน (Strasen, 1992) เสนอแบบจำลองภาพลักษณ์ตนเองเชิงวิชาชีพไว้

8 ด้านด้วยกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้พื้นฐาน การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ค่าตอบแทน การสนับสนุนวิชาชีพ รูปร่างและลักษณะส่วนบุคคล การติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพ และการควบคุมตนเอง โดยแบบจำลองนี้นอกจากใช้เป็นแนวทางในการช่วยยุติวงจรพฤติกรรมการแสดงบทบาททางวิชาชีพในเชิงลบของพยาบาลแล้ว ยังอาจมีคุณค่าต่อกระบวนการสร้างภาพลักษณ์ขึ้นใหม่ด้วย (Fletcher, 2007)

สำหรับวิสัญญีพยาบาลนั้นมีบทบาทหน้าที่ซับซ้อนมากกว่าพยาบาลวิชาชีพโดยทั่วไป กล่าวคือ วิสัญญีพยาบาลนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะด้านบริการทางวิสัญญี ตั้งแต่ขนาดยาและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแต่ละชนิด รวมทั้งการถอนยาระงับความรู้สึก เพื่อให้การผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละรายฟื้นมาอย่างปลอดภัย (สำนักการพยาบาล, 2551) ประกอบกับความขาดแคลนวิสัญญีพยาบาลในหน่วยงาน อาจมีผลต่อคุณภาพในการปฏิบัติงาน และอาจส่งผลต่อภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในหมู่สหสาขาวิชาชีพได้ จึงเป็นเหตุผลสำคัญต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยอาศัยแบบจำลองของสตราเซน (Strasen, 1992) ในการศึกษา ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล ผู้วิจัยได้ประมวลภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลเชิงวิชาชีพออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ความสามารถของวิสัญญีพยาบาล เป็นการรวมระดับการศึกษาและพื้นฐานความรู้ไว้ด้วยกัน 2) ด้านคุณสมบัติเฉพาะของวิสัญญีพยาบาล โดยรวมไปถึงการปฏิบัติระดับวิชาชีพ 3) ด้านมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งวิสัญญีพยาบาลต้องมีเพื่อให้การทำงานดำเนินไปอย่างราบรื่น เพราะเป็นกระบวนการจูงใจบุคคลให้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความพอใจ (Keith, 1957) รวมทั้งการควบคุมตนเองซึ่งช่วยให้จัดการการติดต่อสื่อสารได้อย่างคล่องแคล่ว (Sargent, 2006) 4) ด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคลของวิสัญญีพยาบาล รวมไปถึงการมีรูปร่างและลักษณะส่วนบุคคล และ 5) ด้านการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพของวิสัญญีพยาบาล รวมถึงการสนับสนุนทางวิชาชีพ ยกเว้นด้านค่าตอบแทน เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ไม่เป็นที่รับรู้อย่างทั่วถึง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของผลที่ได้รับ ด้วยภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและในอุดมคติสามารถเกิดควบคู่กันได้ (อวยพร ตัณมุขยกุล, 2539) ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพไปพร้อมกัน ซึ่งผลที่ได้รับย่อมมีความสำคัญต่อการพัฒนาภาพลักษณ์ต่อไป

นอกจากนี้ยังศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล โดยจำแนกออกเป็น 2 คุณลักษณะด้วยกัน คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา 2) คุณลักษณะด้านการปฏิบัติงาน ได้แก่ ตำแหน่งทางวิชาชีพ หน่วยงานที่ปฏิบัติ และประสบการณ์ในการรับรู้เกี่ยวกับวิสัญญีพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล (ประนอม รอดคำดี และคณะ, 2540; สุมาลี โชติยะ, 2551; ภัคภร อิ่นคำ และบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2554; Schein, 1990; Takase, 2005; Robbins, et al., 2010) จึงคาดว่าน่าจะมีผลต่อการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลของบุคลากรสุขภาพด้วยเช่นกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ บุคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพที่เป็นข้าราชการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกทั้งหมด จำนวน 289 คน ทั้งนี้ได้สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แผนกละ 1 คน จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาคุณภาพของเครื่องมือ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษา จำนวน 259 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล และคุณลักษณะด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง และในอุดมคติตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถามจำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความสามารถ (จำนวน 5 ข้อ) ด้านคุณสมบัติเฉพาะ (จำนวน 9 ข้อ) ด้านมนุษยสัมพันธ์ (จำนวน 9 ข้อ) ด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล (จำนวน 6 ข้อ) และด้านการติดต่อสื่อสารของวิสัญญีพยาบาล (จำนวน 6 ข้อ) รวมทั้งสิ้น 35 ข้อ ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540) ผลปรากฏค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลโดยรวมเท่ากับ .974

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนาภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาลในองค์กร อธิบายลักษณะแบบสอบถามและระบุระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และเปิดโอกาสให้ซักถามหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้รับผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น สำหรับผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยติดต่อกับตัวแทนของแต่ละแผนกช่วยในการแจกแบบสอบถาม กำหนดเวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการติดตามผู้ที่ส่งคืนล่าช้าอีก 1 สัปดาห์ แบบสอบถามที่รวบรวมได้มีความสมบูรณ์จำนวน 203 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 78.38

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพโดยใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพที่มีคุณลักษณะต่างกัน โดยใช้สถิติ Independent samples t-test สำหรับตัวแปรอิสระที่มีการวัดในระดับกลุ่ม 2 กลุ่ม และ One-way ANOVA สำหรับตัวแปรอิสระที่มีการวัดในระดับกลุ่มตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 87.2 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 43.8 มีอายุระหว่าง 35-45 ปี รองลงมาร้อยละ 37.9 มีอายุ 46 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.43 และมีตำแหน่งด้านปฏิบัติการร้อยละ 89.2 โดยร้อยละ 46.8 ของบุคลากรสุขภาพปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 11-20 ปี ร้อยละ 48.3 และร้อยละ 83.7 เคยมีการติดต่อประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล

2) ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสุขภาพรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.079, S.D. = 0.557) และมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในอุดมคติโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}$ = 4.734, S.D. = 0.374) โดยภาพ

ลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ทั้งในรายด้านและภาพรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาพลักษณ์ในอุดมคติสูงกว่าที่เกิดขึ้นจริงในทุกด้าน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง ด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.213, S.D. = 0.539) ส่วนด้านการติดต่อสื่อสารทางวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x}$ = 3.999, S.D. = 0.710) สำหรับการรับรู้ภาพลักษณ์ในอุดมคติมีค่าเฉลี่ยในระดับสูงมากใกล้เคียงกันทุกด้าน ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ (n=203)

ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาล	ที่เกิดขึ้นจริง		ในอุดมคติ		t
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
1. ด้านความรู้ความสามารถ	4.031	0.633	4.682	0.524	-16.151*
2. ด้านคุณสมบัติเฉพาะ	4.133	0.592	4.752	0.424	-14.214*
3. ด้านมนุษยสัมพันธ์	4.017	0.724	4.748	0.424	-14.393*
4. ด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล	4.213	0.539	4.744	0.411	-13.233*
5. ด้านการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพ	3.999	0.710	4.743	0.450	-14.975*
ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลโดยรวม	4.079	0.557	4.734	0.374	-17.134*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) เปรียบเทียบภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อของแต่ละด้าน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละด้าน อยู่ในระดับ "สูง" หมดทุกข้อ ขณะที่มีภาพลักษณ์ในอุดมคติอยู่ในระดับ "สูงมาก" หมดทุกข้อ โดยพบว่า 1) ภาพลักษณ์ด้านความรู้ความสามารถที่เกิดขึ้นจริง ในข้อ "ความเชี่ยวชาญในงานวิสัญญีพยาบาล" อยู่ในระดับสูงที่สุด และมีภาพลักษณ์ในอุดมคติด้านนี้ ในข้อ "การใช้หลักวิชาการในการให้บริการทางวิสัญญี" ในระดับที่สูงมากที่สุด 2) ภาพลักษณ์ด้านคุณสมบัติเฉพาะที่เกิดขึ้นจริงในข้อ "การมีสุขอนามัยดี สะอาด และความซื่อสัตย์" อยู่ในระดับสูงที่สุด ขณะที่มีภาพลักษณ์ในอุดมคติในระดับสูงมากที่สุดในข้อ "ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตน" 3) ด้านมนุษยสัมพันธ์ ในข้อ "ความเป็นมิตร" พบสอดคล้องกัน คือ ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงในข้อนี้อยู่ในระดับสูงที่สุดและมีภาพลักษณ์ในอุดมคติข้อนี้สูงมากที่สุดเช่นเดียวกัน 4) ภาพลักษณ์ด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นจริง ในข้อ "การมีความมั่นใจในตนเอง" พบว่ามีระดับสูงที่สุด ขณะที่มีภาพลักษณ์ในอุดมคติ ในข้อ "การมีบุคลิกน่าเชื่อถือและน่าไว้วางใจ รวมถึงความคล่องแคล่วว่องไว" ในระดับสูงมากที่สุด และ 5) ภาพลักษณ์ด้านการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงในระดับสูงที่สุดคือ "การพูดจาไพเราะ" สำหรับภาพลักษณ์ในอุดมคติ ในข้อ "การถ่ายทอด

สิ่งที่ต้องการสื่อสารได้เป็นอย่างดีทั้งการพูดและการเขียน" มีระดับสูงมากที่สุด

4) เปรียบเทียบภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะด้านการปฏิบัติงานแตกต่างกัน โดยใช้สถิติ t-test และ One way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่มีเพศและระดับการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติไม่แตกต่างกัน รวมทั้งบุคลากรสุขภาพในกลุ่มอายุต่างกัน มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงไม่แตกต่างกัน แต่มีการรับรู้ภาพลักษณ์ในอุดมคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยบุคลากรสุขภาพกลุ่มอายุ 35-45 ปี มีการรับรู้ภาพลักษณ์ในอุดมคติสูงกว่ากลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป ส่วนบุคลากรสุขภาพในกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี พบว่า มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ

สำหรับบุคลากรสุขภาพที่มีหน่วยงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับวิสัญญีพยาบาลที่ต่างกัน พบว่า มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติไม่แตกต่างกัน ยกเว้นบุคลากรสุขภาพที่มีตำแหน่งทางวิชาชีพต่างกัน พบว่า มีการรับรู้ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้มีตำแหน่งด้านบริหารมีการรับรู้ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงสูงกว่าผู้มีตำแหน่งด้านปฏิบัติการ แต่มีภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในอุดมคติไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผลการศึกษาจึงเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ข้อ 2 เพียง 2 ตัวแปรเท่านั้น คือ อายุ และ ตำแหน่งทางวิชาชีพ ของบุคลากรที่ต่างกัน มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลแตกต่างกันดังกล่าว

อภิปรายผล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ

การที่บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ทั้งในแต่ละด้านและโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีภาพลักษณ์ในอุดมคติสูงกว่าที่เกิดขึ้นจริงในทุกด้าน ทั้งๆ ที่มีภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงอยู่ในระดับสูงแล้วก็ตาม อภิปรายได้ว่าการที่สภาการพยาบาล (2551) กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ เพื่อสอดคล้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 ไว้ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับดีที่สุดในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในสถานบริการด้านการสาธารณสุข เสมือนเป็นการกำหนดกรอบความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพที่จะพัฒนาคุณลักษณะแห่งตนเพื่อบรรลุเป้าหมายทางวิชาชีพดังกล่าว จึงปรากฏการรับรู้ภาพลักษณ์แห่งตนของพยาบาลวิชาชีพในอุดมคติอยู่ในระดับสูงกว่าที่เกิดขึ้นจริงของพยาบาล สำหรับกรณีของวิสัญญีพยาบาลนั้นมีการปฏิบัติงานที่ซับซ้อนยิ่งกว่าเพราะในการปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะทางที่แตกต่างจากงานการพยาบาลโดยทั่วไป โดยนอกจากปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในสาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึกที่กำหนดโดยสภาการพยาบาลแล้ว ยังต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยอีกด้วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น ด้วยความสำคัญของงานวิสัญญีพยาบาลที่มีต่อผู้รับบริการ ย่อมมีผลให้บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาลในอุดมคติสูงกว่าที่เกิดขึ้นจริงอย่างชัดเจน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มณฑา ภู่ห้อย (2550) ที่พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย

ภาพลักษณ์ในอุดมคติสูงกว่าภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงในทุกด้าน รวมถึงผลการศึกษาของณัทกวี ศิริรัตน์ และวิมล อ่อนเส็ง (2555) ที่พบว่าภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงกับภาพลักษณ์ในอุดมคติ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีและรวมทุกชั้นปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยนักศึกษาพยาบาลรวมทุกชั้นปีมีภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพในอุดมคติสูงกว่าภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริง

เหตุผลที่บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในอุดมคติในระดับสูงมากขึ้นไปอีก สอดคล้องกับที่มาสโลว์ (Maslow, 1970) กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการระดับหนึ่งแล้ว บุคคลมักมีความต้องการในระดับที่สูงขึ้นไปอีก อย่างไรก็ตามการที่บุคลากรสุขภาพตระหนักในความสำคัญและให้คุณค่าแก่งานวิสัญญีพยาบาลไว้สูง โดยประเมินภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงยังไม่ถึงระดับที่ต้องการ จึงเป็นประเด็นที่วิสัญญีพยาบาลควรให้ความสนใจ เนื่องจากสตราเซน (Strasen, 1992) เสนอว่า บุคคลที่มีภาพลักษณ์ตนเองที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติไม่ต่างกันมากจะมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีการยอมรับนับถือตนเอง มีภาวะสุขภาพ และความเป็นอิสระในตนเองอยู่ในระดับสูง ดังนั้นเพื่อให้ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด วิสัญญีพยาบาลจึงควรพัฒนาภาพลักษณ์แห่งตนต่อไป เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจในวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การเป็นที่ยอมรับของทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพยิ่งขึ้น

สำหรับการรับรู้ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงของวิสัญญีพยาบาลทั้ง 5 ด้าน นับจากอันดับการรับรู้สูงสุด พบว่า บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคลในอันดับสูงสุด รองลงมาคือด้านคุณสมบัติเฉพาะ อาจเป็นเพราะการมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ดี การพัฒนาความรู้เฉพาะทางวิสัญญี ประกอบกับการแต่งกายที่ปรากฏเป็นเอกลักษณ์ทางวิชาชีพ จึงเกิดเป็นภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะต่างจากพยาบาลวิชาชีพสาขาอื่นๆ ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลด้านความรู้ความสามารถเป็นอันดับ 3 ขณะที่มีการรับรู้ด้านการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพในอันดับสุดท้าย (อันดับที่ 5) ถัดขึ้นมาคือด้านมนุษยสัมพันธ์ (อันดับที่ 4) ซึ่งภาพลักษณ์ที่เป็นลักษณะด้อยของพยาบาลวิชาชีพนั้น อุบล จ๋วงพานิช (2547) ให้ความเห็นว่า พยาบาลเป็นผู้เคร่งครัดตามกฎระเบียบทำงานตามขั้นตอนมากเกินไป จึงถูกมองว่าขาดความยืดหยุ่นไม่อบอุ่นขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการและผู้ร่วมทีมสุขภาพ สำหรับการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลนั้น จำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรู้ความสามารถ มีความชำนาญ มีความรับผิดชอบสูง หากขาดทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานที่ดี อาจเกิดความผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต หรือไม่ฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกได้ ซึ่งพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2532) กล่าวไว้ว่า ลักษณะงานการพยาบาลวิสัญญีเป็นการปฏิบัติงานที่ไม่ควรมีความผิดพลาดเกิดขึ้นโดยเด็ดขาด จากความสำคัญของงานที่ต้องปฏิบัติการอย่างถูกต้องเคร่งครัด อาจส่งผลให้วิสัญญีพยาบาลมีความเคร่งเครียด และเนื่องจากเป็นการปฏิบัติงานเพื่อระงับความรู้สึกแก่ผู้รับบริการ อีกทั้งการมีรูปแบบงานที่เป็นลักษณะเฉพาะ โอกาสที่จะปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ ได้น้อย ผลจึงปรากฏบุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีในด้านการติดต่อ สื่อสารเชิงวิชาชีพ ในอันดับท้ายสุด อย่างไรก็ตาม กาสคีย์ (Gaskey, 1985 cited in Talbert, 2008) ศึกษาพบว่า พยาบาลในห้องผ่าตัดมีความคิดเชิงบวกต่อวิสัญญีพยาบาลและเชื่อว่าวิสัญญีพยาบาลเป็นสมาชิกสำคัญของทีมผ่าตัด ดังนั้นหากบุคลากรสุขภาพมีโอกาสปฏิบัติงานกับวิสัญญีพยาบาลแล้ว อาจเข้าใจในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของวิสัญญีพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลเป็นรายข้อของแต่ละด้านแล้ว พบว่า บุคลากรสุขภาพมี

ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล ในข้อ "ความมั่นใจในตนเอง" อยู่ในระดับสูงสุด ขณะที่ภาพลักษณ์ด้านการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพที่มีการรับรู้เป็นอันดับท้ายสุด คือข้อ "ความน่าสนใจในสิ่งที่พูด" สำหรับภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในอุดมคติ พบว่า บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ในด้านคุณสมบัติเฉพาะสูงมากที่สุดในข้อ "ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาล" ขณะที่มีการรับรู้ในด้านความรู้ความสามารถ อันดับท้ายสุด คือ "การมีความคิดเป็นตัวของตัวเองในทางสร้างสรรค์ของวิสัญญีพยาบาล" จากข้อมูลดังกล่าว วิสัญญีพยาบาลจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงที่บุคลากรมีการรับรู้ในอันดับท้ายสุด เพื่อให้เป็นที่รับรู้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งพัฒนาภาพลักษณ์เพื่อให้สอดคล้องใกล้เคียงกับความคาดหวังของบุคลากรสุขภาพในทุกๆ ด้าน

ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ต่างๆ ในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านเทคโนโลยี ความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงในสังคม และในระบบบริการสุขภาพ ทำให้ต้องมีการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพกับทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น ทั้งในด้านการสื่อสารด้วยเทคโนโลยี และการเขียนบันทึกรายงาน ซึ่งพจน์ ใจชาญสุขกิจ (2548) ให้ความเห็นว่า ความสามารถด้านวาจาเป็นลักษณะพฤติกรรมอย่างหนึ่งสำหรับการทำงานร่วมกับผู้อื่น อีกทั้ง ฟินเคลแมน และเคนเนอร์ (Finkelman and Kenner, 2009) เสนอแนะว่า พยาบาลจำเป็นต้องมีส่วนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพมากยิ่งขึ้นเพื่อแสดงความเชี่ยวชาญในอาชีพ และควรปรับปรุงภาพลักษณ์พยาบาลกับบุคลากรสุขภาพให้มากขึ้น ด้วยการสื่อสารในสิ่งที่พยาบาลสามารถทำได้ นอกจากนี้ เดวิดไฮซาร์และเชียร์เรอร์ (Davidhizar and Shearer, 2002) ยังให้ข้อสรุปว่า ภาพลักษณ์วิชาชีพมีความสำคัญต่อสมาชิกทีมสุขภาพทุกคน ซึ่งภาพลักษณ์ของสมาชิกแต่ละคนนั้น ไม่เพียงแต่สร้างคุณภาพและความเชื่อมั่นให้กับทีมแล้ว ยังเป็นเส้นทางสู่ความเป็นมืออาชีพของปัจเจกบุคคลด้วย โดยฝีมือและทักษะในการปฏิบัติงาน การแสดงตน การแต่งกาย รวมถึงทักษะในการติดต่อสื่อสาร ทั้งหมดนี้ล้วนสร้างความประทับใจแก่ผู้ป่วยที่รับบริการและสาธารณชน การที่วิสัญญีพยาบาลก็เป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ย่อมต้องมีบทบาทในการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงควรปรับปรุงคุณลักษณะแห่งตน โดยเฉพาะทักษะการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพและด้านมนุษยสัมพันธ์ ที่พบว่ามีช่องว่างระหว่างภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติกว้างกว่าด้านอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคลากรสุขภาพ อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการติดต่อประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกันกับสมาชิกทีมสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อบรรลุเป้าหมายการบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพต่อไป

2) การเปรียบเทียบภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติ ตามการรับรู้ของบุคลากรที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะด้านการปฏิบัติงานต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสุขภาพที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากลักษณะงานของวิสัญญีพยาบาลที่มีความพิเศษเฉพาะทางและปฏิบัติการส่วนใหญ่อยู่ในตึกผ่าตัด จึงทำให้บุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ ทั้งหญิงและชาย รวมถึงระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน ให้ผลทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ อัชณี เจิมภักดี (2547) และ รุ่งนภา ดาบพลอ่อน (2554) ที่พบว่าผู้รับบริการที่มีเพศ อายุ การศึกษา และรายได้ที่ต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการงานวิสัญญีพยาบาลไม่แตกต่างกัน ยกเว้นคุณลักษณะด้านอายุ ที่ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า บุคลากรกลุ่มอายุ 35-45 ปี มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในอุดมคติสูงกว่ากลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป ขณะที่บุคลากรกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ

จากผลการศึกษานี้จึงเป็นไปตามแนวคิดที่ว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรม (ทัศนา บุญทอง, 2529) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วคนที่มีอายุน้อยมักจะมีความคิดเสรีนิยมมากกว่าคนที่มีอายุมาก ขณะที่คนอายุมากมักจะมีความคิดอนุรักษ์นิยมมากกว่า อีกทั้งคนที่อายุน้อยมักจะเป็นคนที่ยึดอุดมการณ์มากกว่า (สัญญา วิวัฒน์และสุพัตรา เพชรมุนี, 2526) ผลการศึกษาส่วนใหญ่จึงพบว่ากลุ่มผู้มีอายุน้อยมักมีความคาดหวังในภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่ากลุ่มผู้มีอายุมาก สำหรับงานวิสัญญีพยาบาลที่มีลักษณะงานพิเศษเฉพาะและมีขอบเขตการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ น้อย จึงเป็นไปได้ที่บุคลากรกลุ่มอายุน้อยย่อมจะขาดประสบการณ์การรับรู้ถึงงานวิสัญญีพยาบาล รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจถึงข้อจำกัดต่างๆ ในการให้บริการ ทำให้มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในอุดมคติอยู่ในระดับสูงกว่าบุคลากรในกลุ่มที่มีอายุสูงกว่าดังกล่าว

ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้รับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัชชา มิลินทานุช (2544) ที่พบว่าอายุของผู้รับบริการงานวิสัญญีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของโสรัตน์ คนึงนิจ (2542) ที่พบว่าภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 2 และ 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่านักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 รวมถึงการศึกษาของนันท์นภัส เสืองามเอี่ยม (2545) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์เชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพมากกว่ากลุ่มคนที่มีอายุน้อย อย่างไรก็ตามถึงแม้บุคลากรสุขภาพกลุ่มอายุต่างกันมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงไม่แตกต่างกัน แต่มีภาพลักษณ์ในอุดมคติต่างกัน วิสัญญีพยาบาลพึงควรให้ความสำคัญ เช่นกัน เนื่องจากงานวิสัญญีป็นงานที่ซับซ้อนและมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงควรตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์แห่งตน เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของบุคลากรในทุกกลุ่มอายุ ไม่ว่าจะเป็นความคาดหวังในระดับที่สูงมากของบุคลากรกลุ่มอายุน้อยก็ตาม เพราะอาจจะสามารถสะท้อนถึงความคาดหวังของผู้รับบริการวิสัญญีที่เป็นกลุ่มรุ่นคนวัยเดียวกันนั้นได้ด้วย ถึงแม้ว่าจะมีผลการศึกษาที่แสดงถึงผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพงานวิสัญญีพยาบาลไม่แตกต่างกันก็ตาม (รุ่งนภา ดาบพลอ่อน, 2554) ทั้งนี้เนื่องมาจากลักษณะงานพิเศษเฉพาะและมีขอบเขตการปฏิบัติงานอยู่ในห้องผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่ค่อยเป็นที่รับรู้แก่บุคคลทั่วไป แม้แต่ประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีการตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นอย่างมาก แต่ประชาชนยังแทบไม่มีความรู้ถึงโครงสร้างการบริการทางการแพทย์และปฏิบัติการพิเศษในห้องผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก (Jathar, et al., 2002) ดังนั้นการปรับปรุงภาพลักษณ์จึงมีความสำคัญเพื่อส่งผลให้มีภาพลักษณ์ที่ดีในสายตาประชาชนผู้รับบริการ

สำหรับคุณลักษณะด้านการปฏิบัติงาน พบว่าบุคลากรสุขภาพที่มีหน่วยงานที่ปฏิบัติ และระยะเวลาปฏิบัติงานที่ต่างกัน มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะงานวิสัญญีเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะ ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องน้อยกับงานของวิสัญญีพยาบาล ย่อมทำให้มีการรับรู้งานวิสัญญีในขอบเขตที่จำกัด ไม่ว่าจะมีระยะเวลาปฏิบัติงานมากหรือน้อยก็ตาม การรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีจึงไม่แตกต่างกัน แต่สำหรับบุคลากรสุขภาพที่มีตำแหน่งทางวิชาชีพต่างกันนั้น พบว่า ผู้ที่มีตำแหน่งบริหารมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงสูงกว่าผู้ที่มีตำแหน่งปฏิบัติการ แต่มีการรับรู้ภาพลักษณ์ในอุดมคติไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้ที่มีตำแหน่งบริหารมีโอกาสรับรู้บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ศักยภาพ และข้อจำกัดในการปฏิบัติงานของบุคลากรต่างสายงานได้มากกว่าผู้มีตำแหน่งปฏิบัติการ อันเนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบริหารองค์กรระหว่างผู้บริหารระดับหัวหน้าแผนกต่างๆ ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ได้มีงานที่

เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ย่อมทำให้ไม่ได้มีข้อมูลเกี่ยวกับวิสัญญีพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของคูเปอร์และฮัตตัน (Cooper and Hutton, 1995 cited in Bhattarai, et al. 2012) ที่พบว่าบุคลากรสุขภาพและบุคลากรทางวิชาการไม่ทราบถึงความลึกซึ้งของการปฏิบัติการระงับความรู้สึกและศักยภาพการเรียนการสอนของวิสัญญีแพทย์ในปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรสุขภาพที่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับวิสัญญีพยาบาลที่ต่างกันมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลทั้งที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ (2541) ที่พบว่าสาธารณชนที่มีประสบการณ์ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาบาลจากแหล่งต่างกัน หรือมีประสบการณ์ได้สัมผัสกับพยาบาลด้วยตนเองต่างกัน มีภาพลักษณ์พยาบาลที่เกิดขึ้นจริงแตกต่างกัน ซึ่ง ร็อบบินส์ (Robbins, 1998) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ในด้านตัวผู้รับรู้ว่าเมื่อบุคคลมองเป้าหมายและพยายามเข้าถึงสิ่งนั้นว่าคืออะไร การตีความจะได้รับอิทธิพลจากส่วนตัวของผู้รับรู้ สิ่งที่เกี่ยวเนื่องอย่างมากของการรับรู้ ได้แก่ ทัศนคติ สิ่งจูงใจ ประสบการณ์ในอดีต และความคาดหวัง ดังนั้นการที่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ขอบเขตที่ค่อนข้างจำกัดคือ ห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น ย่อมเป็นที่รู้จักและเข้าถึงได้น้อยย่อมส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคล ผลการศึกษาจึงพบว่า บุคลากรสุขภาพที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับวิสัญญีพยาบาลต่างกันมีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลไม่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้วิสัญญีพยาบาลจึงควรพัฒนาคุณลักษณะเชิงวิชาชีพของตน ด้วยการสร้างสรรค์ภาพลักษณ์ในเชิงบวก เพื่อเป็นที่รับรู้แก่บุคลากรในองค์กรและแก่สาธารณชนให้กว้างขวางมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) วิสัญญีพยาบาลควรร่วมกันพัฒนาภาพลักษณ์เชิงวิชาชีพทั้งด้านวิชาการและการบริการในงานวิสัญญีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจริงและในอุดมคติอยู่ในระดับใกล้เคียงกันมากที่สุด

2) สร้างความสัมพันธ์กับวิชาชีพอื่นๆ ทั้งด้านวิชาการและการให้บริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มทักษะการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพและด้านมนุษยสัมพันธ์ รวมทั้งให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างความเข้าใจอันดีเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาล เพื่อให้มีการรับรู้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในเชิงบวกมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายขอบเขตพื้นที่การศึกษาไปสู่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้ได้ภาพลักษณ์วิสัญญีพยาบาลในภาพรวมของวิชาชีพ นอกจากนี้ควรศึกษาภาพลักษณ์ตนเองของวิสัญญีพยาบาลและตามการรับรู้ของกลุ่มผู้รับบริการ ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของวิสัญญีพยาบาล เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาและส่งเสริมภาพลักษณ์เชิงวิชาชีพวิสัญญีพยาบาลให้มีความเจริญก้าวหน้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ณัชชา มิลินทานุช. (2544). *คุณภาพบริการงานวิสัญญี โรงพยาบาลราชวิถี ตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัทกวี ศิริรัตน์ และวิมล อ่อนเส็ง. (2555). “ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข”. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 6(2) : 38-46.

ทัศนา บุญทอง. (2529). "พยาบาลกับการพัฒนาบุคลิกภาพ". ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 5 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.* กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์.

นันท์นภัส เสืองามเอี่ยม. (2545). *ภาพลักษณ์เชิงจริยธรรมของวิชาชีพการพยาบาล ศึกษาทัศนะของพยาบาลและประชาชนผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจริยศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจวรรณ จงมหาศาลชัย. (2550). *ภาพลักษณ์ของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์.* ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประนอม รอดคำดี, วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์ และชวนพิศ ชิวารักษ์. (2540). *ภาพลักษณ์วิชาชีพการพยาบาล : รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พจน์ ใจชาญสุขกิจ. (2548). *พลังแห่งภาพลักษณ์.* กรุงเทพฯ : ฐานมีเดีย เน็ตเวิร์ค.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2532). *ผู้บริหารการพยาบาลกับการบริการพยาบาล. ประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล หน่วยที่ 8-15.* นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

พูนพิลาศ โรจนสุพจน์. (2541). *ภาพลักษณ์พยาบาลของสาธารณชน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภัคกร อิ่นคำ และ บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2554). "ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร". *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.* 23(3) : 43-55.

มณฑา ภู่ห้อย. (2550). *ภาพลักษณ์พยาบาลเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2541). "ประกาศระเบียบวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ว่าด้วยขอบข่ายการประกอบเวชปฏิบัติ สาขาวิสัญญีวิทยาของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งได้รับประกาศนียบัตรผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลจากสถานฝึกอบรม ซึ่งรับรองโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2541". *เอกสารการประชุมวิชาการชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย ประจำปี 2549 วันที่ 12-13 สิงหาคม 2549 ณ โรงแรมจอมเทียนการ์เด้นแอนด์รีสอร์ท.* ชลบุรี : ม.ป.ท.

รุ่งนภา ดาบพลอ่อน. (2554). *การศึกษาคุณภาพบริการงานวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลสกลนครตามการรับรู้ของผู้รับบริการ.* ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุนันทา อัมพวานนท์. (2549). *ภาพลักษณ์ของพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลอุตรดิตถ์.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุมาลี โชติยะ. (2551). *ภาพลักษณ์ตนเองเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โสรัตน์ คนึงนิจ. (2542). *ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สภาการพยาบาล. (2548). *ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ.* นนทบุรี : สภาการพยาบาล. (อัดสาเนา)

สภาการพยาบาล. (2551). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง.* พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สำนักการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อวยพร ตัณมุขยกุล. (2539). "ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพ". *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 14(3) : 23-29.

อุบล จ๋วงพานิช. (2547). "การสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ". *วารสารการศึกษาพยาบาล.* 15(2) : 2-7.

อัชณี เจิมภักดี. (2547). *คุณภาพบริการงานวิสัญญีพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการโรงพยาบาลระยอง.* งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

Bhattarai, B., Kandel, S. and Adhikari, N. (2012). "Perception about the role of anesthesia and anesthesiologist among the Paramedical Staffs : Perspective from a Medical College in Nepal". *Kathmandu University Medical Journal.* 11(2) : 51-54.

Davidhizar, R. and Shearer, R. (2002). "Creating a professional image in the laboratory". *American Clinical Laboratory.* 21(3) : 38-40.

Finkelman, A. W. and Kenner, C. (2009). *Professional Nursing Concepts : Competencies for Quality Leadership.* Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers.

Fletcher, K. (2007). "Image : Changing how woman nurses think about themselves. Literature review". *Journal of Advanced Nursing.* 58(3) : 207-215.

Jathar, D., Shinde, V.S., Patel, R.D. and Naik, L.D. (2002). "A study of patients' perception about knowledge of anaesthesia & anaesthesiology". *Indian Journal of Anaesthesia.* 46(1) : 26-30.

Keith, D. (1957). *Human Relations in Business*. New York : McGraw-Hill

Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. 2nd ed. New York : Harper and Row.

Robbins, S.P. (1998). *Organization Behavior*. 8th ed. New Jersey : Prentice Hall.

Robbins, S.P., Judge, T.A., Millett, B. and Jones, M. (2010). *OB : The Essentials*. French's Forest NSW : Pearson Education Australia.

Sargent, L.H. (2006). *How to Handle Your Human Relations*. Tempe, AZ : American Federation of Astrologers, Inc.

Schein, E.H. (1990). "Organizational culture". *American Psychologist*. 45(2) : 109-119.

Strasen, L. (1992). *The image of professional nursing : Strategies for action*. Philadelphia : J.B. Lippincott.

Takase, M. (2005). *The relationship between images of nursing and person-environment fit*. Submitted in total fulfillment of the requirements of the degree of doctor of philosophy. School of Nursing. The University of Melbourne.

Talbert, M.L. (2008). *Public awareness and perception of the nurse anesthesia profession*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science in nursing. Mountain State University. West Virginia, United States.

Yura, H. (1989). "Enhancing the image of the nurse : the role of the nurse supervisor, Part 1". *Health Care Supervisor*. 7(2) : 1-11.

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดนครปฐม*

The Outcomes of Self-Efficacy Enhancement Program for the Elderly with Uncontrolled Hypertension of Village Health Volunteers in Nakhon Pathom Province

ภาคินี สุขสถาพรเลิศ**
Dr. Samuel Umereweneza ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อน-หลัง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดนครปฐม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura,1997) และทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของโนลส์ (Knowles,1980) กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองประกอบด้วย แผนการสอน และแผ่นซีดีรอมโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศและ ประสบการณ์การทำงาน 3)แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองและแบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือทั้งสามส่วนนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยมี ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และ 0.97

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้ในการดูแล

---

*ได้รับทุนวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2557

**อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขภายหลังมีเข้าการร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และ การรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีค่านัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

ผู้วิจัยเสนอแนะว่า ควรมีการนำโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนอื่นๆ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

This study was a quasi-experimental one group pretest posttest design group. The purpose of the study was to evaluate the outcomes of self -efficacy enhancement caring program for the elderly with uncontrolled hypertension of village health volunteers in Nakhon Pathom Province. This study used self-efficacy theory of Bandura and adult learning of Knowles theory as a theoretical framework. The sample composed of 30 village health volunteers .Data were collected from August, 2014 to May, 2015. The instrument consisted of two part: 1) Program included lesson plan and computer assisted instruction (CAI); and, 2) Dermagraphic data the volunteers information consisted of self-efficacy and knowledge evaluation. Data analysis was computed by using t-test. The content validity of the instrument was approved by three experts. The reliability of the instrument were 0.98 and 0.97 respectively. Data analysis was computed by using descriptive Statistics, and compare mean different using paired t- test. The results revealed that after the samples received the program, self-efficacy and knowledge at $p<0.01$

The researcher suggests that community nurse practicener should use self-efficacy enhancement caring program for uncontrol hypertension patients in promoting village health volunteers in the other communities. This will increase self confidence and knowledge in caring hypertenstion patients. provided by volunteers worked in promotion hospital should increase knowledge and quality of service. The effectiveness of this program dose not only minimize the complication of patients , the cost of treatment, but also increases a better quality of life for patients and their families.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีแนวโน้มของการเป็นโรคนี้จำนวนมากและทวีความรุนแรงขึ้น ในประเทศไทยพบอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูง 218.7 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน ในปี 2555 อัตราตายจากความดันโลหิตสูงเท่ากับ 6.6 ต่อประชากร 100,000 คน จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพบอัตราการตายด้วย โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2552–2555 เท่ากับ 18.9, 25.00, 25.56 และ31.3 ต่อประชากร100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยและอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกฝ่ายต้องเห็นความสำคัญและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยทางด้านร่างกายส่งผลทำให้หัวใจห้องล่างโตกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย และเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจ เกิดความเครียด และวิตกกังวล เนื่องจากอาจต้องเผชิญกับอาการของโรค เช่น มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน เหนื่อยล้า ตาพร่ามัว เป็นต้น อาจจะได้รับผลกระทบทำให้เกิดพยาธิสภาพในสมอง ได้แก่ อัมพาต ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรืออาจจะไม่ได้เลย มีการปรับตัวตามแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิต มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ถ้าต้องนอนในโรงพยาบาลต้องเสียค่ารักษาเฉลี่ย 2,340 บาทต่อคนต่อครั้ง ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเป็น 20,000 บาทต่อรายต่อครั้ง (กมล ภูวนกมลกรรม. 2549)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการรักษาจากแพทย์แล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่น่าพอใจได้โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมระดับความดันโลหิตหลายปัจจัย การศึกษาของภัสราวลัย คีติสารและคณะ (2556) พบว่า เพศ ระดับการศึกษาภาวะโรคร่วมประวัติการดื่มสุรา และการมีบุคคลดูแลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) นอกจากนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) การควบคุมระดับความดันโลหิตประกอบด้วยการควบคุมโดยการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายด้าน ได้แก่ การจำกัดอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างพอเพียง การคลายเครียด การหลีกเลี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น แต่ผู้สูงอายุในสถานการณ์ปัจจุบันไม่มีคนดูแล ต้องใช้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยความจำกัดของอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่จึงต้องพึ่งพาการดูแลสุขภาพของประชาชน ต้องมีการส่งเสริมการอบรมมีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข จำเป็นต้องมีโปรแกรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อประเมินและดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังเข้ารับการอบรมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะควบคุมความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังเข้ารับการอบรมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะควบคุมความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

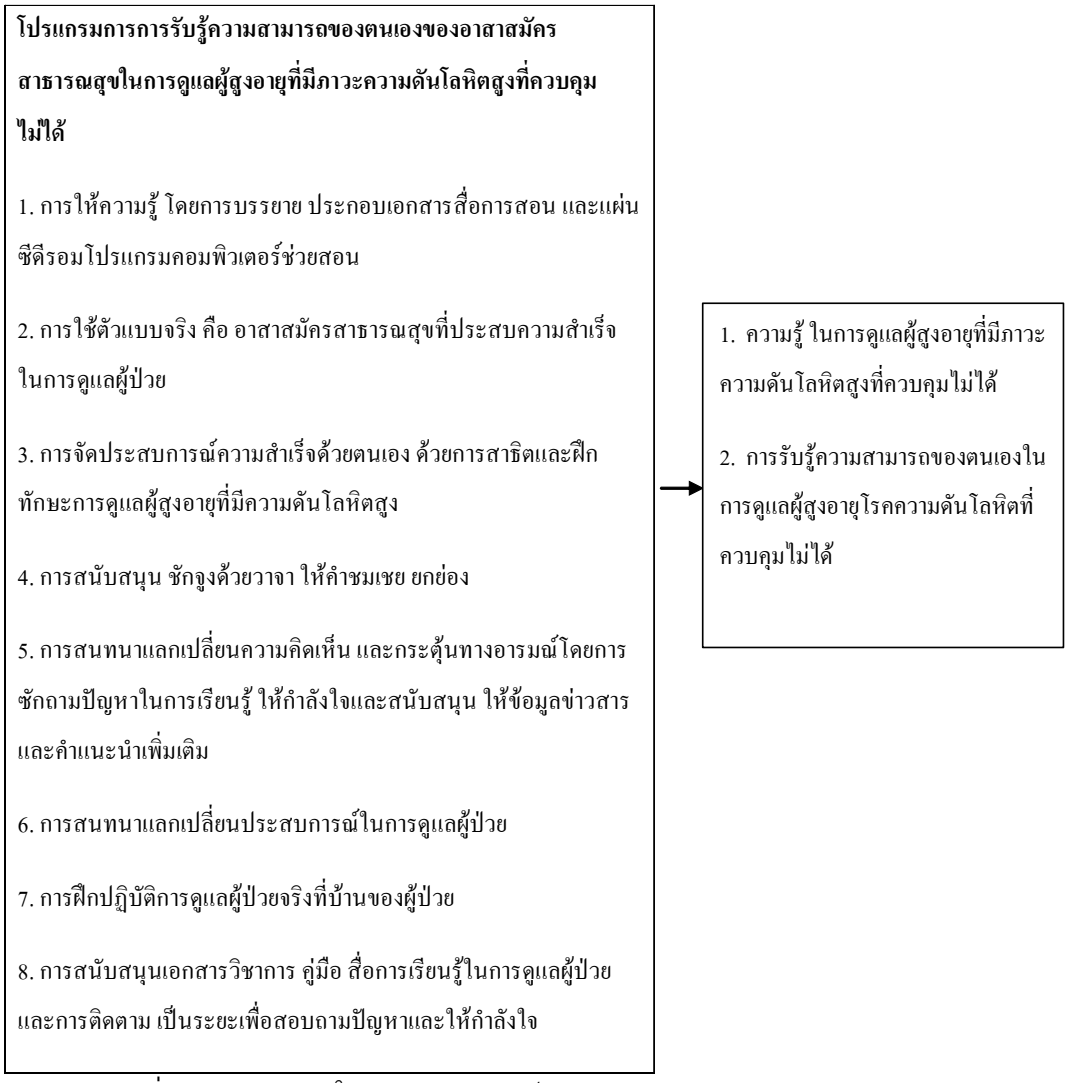
สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังเข้ารับการอบรมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม

2. หลังเข้ารับการอบรมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของโนลส์ (Knowles, 1980) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลว่าสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้เหมาะสม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตาม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) และทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของโนลส์ (Knowles, 1980)

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการ

สัปดาห์	กิจกรรม
วันแรกในสัปดาห์ที่ 1	การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้
	กิจกรรมครั้งที่ 1 จัดอบรมให้ความรู้จัดนำเสนอโดยใช้คอมพิวเตอร์
สัปดาห์ที่ 2	กิจกรรมครั้งที่ 2 จัดประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สัปดาห์ที่ 3	กิจกรรมครั้งที่ 3 จัดการประชุมกลุ่มเพื่อสรุปผลการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขอภิปรายปัญหา แสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม
สัปดาห์ที่ 4	ติดตามการเรียนรู้ของกลุ่มประชากรโดยการใช้สื่อการเรียนรู้ได้แก่ การใช้โทรศัพท์และซักถาม

แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถนนขาด

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี ที่ปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถนนขาด จำนวน 30 คนวิธีการสุ่มตัวอย่างจะใช้แบบการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำราทฤษฎี โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเก็บข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การฝึกอบรม ประสบการณ์การทำงานอายุของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาการสร้างแบบสอบถามและการทบทวนวรรณกรรมและได้ดัดแปลงมาจาก งานวิจัยของดารารัตน์ สังข์สุวรรณ (2555) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) และทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Knowles, 1980) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และได้ดัดแปลงมาจากงานวิจัยของดารารัตน์ สังข์สุวรรณ (2555) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินความรู้ มีลักษณะเป็นคำถามแบบถูก-ผิด จำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนข้อที่ตอบผิดได้เท่ากับ 0 คะแนน ข้อที่ตอบถูกได้เท่ากับ 1 คะแนน ดังนั้น คะแนนที่ได้สูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน คะแนนที่ได้ต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน โดยคิดว่าคะแนนเต็มเท่ากับ 15 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสารและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีความคล้ายคลึงกันในกลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการเรียนรู้ ของแบนดูรา (Bandura, 1997) และทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Knowles, 1980) ประกอบด้วย แผนการสอนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน โดยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความชัดเจนการใช้ภาษาแนะนำไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเมืองจังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน มาหาค่าความเชื่อมั่นในแบบประเมินความรู้ ด้วยวิธีดูเดอร์แอนด์ริชาร์ดสัน (KR 20)แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค (Cronbach,s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.97 และ 0.98

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียน และหนังสือแนะนำตัวจากประคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผ่านการเห็นชอบจากสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และสาธารณสุขอำเมือง จังหวัดนครปฐม จึงเข้าเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และมีขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

2. การจัดกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็นการจัดกิจกรรม 3 ครั้ง ตามที่กำหนดในโปรแกรมการรับรู้ฯในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังภายหลังสิ้นสุดการอบรมตามโปรแกรมการรับรู้ฯ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยโดยการแนะนำตัว จัดทำเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลรวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย การให้ความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลและการเข้าร่วมการวิจัยได้หากไม่ประสงค์มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ก็มีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างตอบในเครื่องมือชุดต่างๆ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอการวิจัยจะกระทำในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คนคิดเป็นร้อยละ 64 เป็นเพศชายจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 35-44 ปี จำนวน 12 คนคิดเป็นร้อยละ 48 อายุสูงสุดคือ 59 ปีอายุน้อยที่สุด 21 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ จำนวน 23 คนคิดเป็นร้อยละ 76.56 รองลงมาสถานหม้าย จำนวน 5 คน ร้อยละ 5 มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร จำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาเป็นประถมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในช่วง 5-10 ปี จำนวน 12 คนคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาเป็นทำงานในช่วง 11-15 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ฝึกอบรมระยะสั้น มากกว่า 10 ครั้งจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมามีประสบการณ์ฝึกอบรมระยะสั้นมากกว่า 5 ครั้ง จำนวน 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 ผู้ป่วยที่ประชากรศึกษารับผิดชอบมีจำนวน 12 คน ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาจะมีช่วงอายุ ต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ช่วงอายุ 30-40 ปี จำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 16.67 และช่วงอายุ 40-50 ปี จำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 16.67

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการฯ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ

ระดับคะแนนความรู้	การแปลผล		
กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ	27.68	2.80	สูง
หลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ	31.33	0.00	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ มีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 27.30 (S.D. = 2.80) หลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ยังมีอยู่ในระดับสูงเช่นเดิม แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 31.33 (S.D. = 0.00)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D	t	P-value
ก่อนการใช้โปรแกรมฯ	27.68	2.80		
			-7.80	.00*
หลังการใช้โปรแกรมฯ	31.33	0.00		

*p<0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง หลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.01)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วยเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ

การรับรู้ความสามารถตนเอง			**การแปลผล**
กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ	2.33	0.76	ปานกลาง
หลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ	3.46	0.46	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.33 (S.D. = 0.76) ในระดับปานกลาง หลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 (S.D. = 0.46) อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ (n=30)

การรับรู้ความสามารถตนเอง	$\bar{x}$	S.D	t	P-value
ก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้	2.33	0.76		
			-6.07	.00*
หลังการใช้โปรแกรมการรับรู้	3.46	0.46		

*p<0.01

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างศึกษาก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯมีคะแนนต่ำกว่าหลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-expermental research) แบบวัดผลก่อน-หลัง การทดลอง (One group pre test -post test design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการรับรู้ฯ ในการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 หลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ ในการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

จากการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังจากการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) จะอธิบายได้ว่า ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของกมล ภูวนกลกรรม (2549) ที่ศึกษาผลการศึกษาของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่าหลังการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการอบรม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในกระบวนการเรียนรู้กลุ่มในโปรแกรมการรับรู้ฯ มีการเสนอความคิดเห็น มีการเสนอต่อกลุ่ม การได้รับการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาดูงานเพื่อผู้รับการอบรมเห็นสภาพการทำงานของผู้อื่นและนำมาปรับปรุงระบบการทำงานของตนเองให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัทกร พงศ์พีรเดช (2551) ซึ่งศึกษาผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรสุขภาพ คลินิกวัณโรค โดยการฝึกอบรมและให้ความรู้ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การให้เอกสารคู่มือการปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคลและภาพรวม รวมทั้งโปสเตอร์เตือน พบว่าหลังการอบรมและส่งเสริมความรู้แล้วค่าเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของชาลิณี เอี่ยมศรี (2549) ที่ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการแก้ปัญหาทางการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ผลการวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะสูงกว่าก่อนการทดลอง จากงานวิจัยหลายเรื่อง พบว่าการฝึกอบรม ให้ความรู้ในรูปแบบต่าง จะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้มากขึ้น

สมติฐานที่ 2 หลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ การดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของอาสาสมัครสาธารณสุขมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างศึกษาหลังการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.01) เป็นผลจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองตามกิจกรรมของโปรแกรมการรับรู้ฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura,1977) ซึ่งแบนดูรากล่าวไว้ว่า การส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองได้นั้นสามารถกระทำได้ โดยใช้แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ การสนับสนุนจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การสนับสนุนจากการได้เห็นประสบการณ์ผู้อื่น การสนับสนุนโดยการชักจูงด้วยคำพูด และการสนับสนุนด้านสภาวะอารมณ์ โปรแกรมการรับรู้ฯ ซึ่งผู้วิจัยใช้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง โดยผู้วิจัยได้เชิญอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตมานำเสนอประสบการณ์ให้ผู้ร่วมโครงการฟัง เพื่อเป็นต้นแบบ จัดประสบการณ์ในการ

ดูแลผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับทีมวิทยากร เพื่อให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง ได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การวัดความดันโลหิต การให้ผู้ป่วยนอนพัก การนวดคลายเส้น การสังเกตอาการผิดปกติ การสังเกตอาการโดยวัดความดันโลหิต และการส่งต่อผู้ป่วย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนด้านสภาวะทางอารมณ์นั้น ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างมีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาในการดูแล โดยผู้วิจัยมีการอภิปรายวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ให้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม ได้รับแผ่นซีดีรอม เอกสารคู่มือในการดูแลผู้ป่วย มีการกลับไปทบทวนที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเนื้อหามากขึ้น ลดความเครียดลง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้วิจัยมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างนี้โดยมีการโทรศัพท์เยี่ยมอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างนี้อย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการวิจัย

สามารถสรุปการวิจัยได้ดังนี้

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการ ซึ่งสนับสนุน สมมติฐานที่ 1 ที่ว่าหลังการหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ

2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ฯ กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 ที่ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการรับรู้ฯ

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาลและการพัฒนาบุคลากร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลสามารถนำโปรแกรมการรับรู้ฯ นี้ไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่อื่นๆ ได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบและมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบในชุมชน

ด้านการศึกษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลควรจัดบุคลากรไปเรียนรู้วิธีการการให้คำปรึกษาในโรคเรื้อรัง เพื่อให้คำปรึกษากับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงานในชุมชน

ด้านการวิจัย

ควรมีการติดตามงานวิจัยครั้งนี้ ผลลัพธ์ของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองของ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพื่อนำไปพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในอนาคต

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวง. (2555). *นโยบายเมืองไทยแข็งแรง.* นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข.

กนกวรรณ ประวาลทิพย์. (2540). *ผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมใน การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี* .วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กมล ภูวนกลกรรม. (2549). *ผลของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ชาลิณี เอี่ยมศรี. (2549). *การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบโรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัทกร พงษ์พีรเดช. (2551). *ผลการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้และปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคคลากรสุขภาพคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลศรีษะเกษ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). *รายงานการสาธารณสุขไทยปี 2548 – 2550.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Bandura, A. (1997). *Self efficacy : The exercise of control*. New York : W.H. Freeman. In Chobanian,

Bandura, A. V., et al. (2003). “The seven report of the joint national committee and prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure”. *The Journal of the American Medical Association.* (289) : 2060–2072.

Knowles, M.S. (1980). *The modern practice of adult education.* Chicago : Association Press Follett Publishing Company.

ผลลัพธ์การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคล ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

The Outcomes of Individual Health Promotion Program on Non-Communicable Disease High Risk Behaviors of Persons with in a Health Promoting Hospital Responsible Areas in Nakhon Pathom Province

อุษา ตันทพงษ์*
เมธาวี ดวงจินดา*
สาริศา ฉิมจินดา**

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อเอ็นซีดี อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม จำนวน 42 คน ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสมุดคู่มือสุขภาพรายบุคคล ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่า CVI เท่ากับ 0.82 และตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบวัดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.90 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ Paired-Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการจัดการความเครียดมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง

---

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจินดา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย พบว่ามีค่าระดับช่วงความเชื่อมั่นอยู่ในช่วงคะแนนพิสัยมีค่าศูนย์ แสดงว่าพฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ ควรนำเกณฑ์การคัดเลือกที่วัดได้เช่น ค่าน้ำหนักตัว รอบเอว มาแสดงผลก่อนและหลัง ควรปรับโปรแกรมสัปดาห์แรกการให้ความรู้เป็นการจัดประชุมพร้อมกัน และควรฝึกอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีส่วนร่วมในการติดตามดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงด้วย

Abstract

A one-group pretest-posttest design research study aimed to evaluate the result of Individual health promotion program for NCD (Non-Communicable Diseases). The program was constructed by applying perceived self-efficacy theory and social support as activity guide-lines by Bandura (1997). The target population was high risk behaviors of persons aged more 35 years old within health promoting hospital responsible areas in Nakhon Pathom Province. The experimental group was 42 persons who undertook a 12-weeks experimentation. The researchers adopted the research instruments with was a set of questionnaire based on health promotion behaviors for NCD, which Content Validity Index (CVI) at 0.82 and the reliability of the questionnaire in the form of a Cronbach's alpha coefficient was 0.90. Statistical analysis included percentage, means, standard deviations, minimums, maximums and Paired-Sample t-test

The results revealed that after the program, the experimental group had lower mean score of risk behaviors score than before the program. Each of the following behaviors, the stress management risk behaviors score reduction, with a statistically significant level of 0.05. Which risk behaviors responsible for health, nutrition and exercise founded that confidence Interval of the Difference in the rank cover 0 indicates that risk behavior has decreased.

Recommendation. The selection criteria weight and waist should be measured. The first week programs should be educated by conference and should train community health volunteers to participate in health monitoring.

ความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non communicable diseases syndrome - NCDs) เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค หรือเชื้อจุลินทรีย์ ได้แก่โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากรายงานองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) ระบุประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs ร้อยละ 63 จึงเตือนให้เฝ้าระวังโรคนี้เพราะจะเป็นการสูญเสียงบประมาณอย่างมากในแต่ละประเทศ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กล่าวถึง สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้เฉลี่ยสูงกว่าทุกประเทศถึงร้อยละ 10 และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นทุกปี ซึ่งปัจจัยการเกิดโรคกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตไม่สมดุล ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหานี้ร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โดยการช่วยรณรงค์ให้หันมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง จะช่วยลดประชากรกลุ่มเสี่ยงและลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ การรณรงค์จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน การขับเคลื่อนเครือข่ายสังคมในปัจจุบันถือเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้รัฐบาลต้องให้ความสนใจในการร่วมมือช่วยลดปัญหา เช่น กำหนดการสื่อสาร ประจำปี 2557 คือ โรคที่มีผู้เสียชีวิตสูง 6 ปัจจัยเสี่ยงหลัก และ 5 แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เลี่ยงอาหารหวาน-มัน-เค็ม เพิ่มผักผลไม้ การออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาที/วัน (5 ครั้ง/สัปดาห์) และ มีการดูแลด้านอารมณ์สังคมให้มากขึ้น

จากรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2557 ได้สรุปภารกิจที่ท้าทายของกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งในประเด็นที่จะต้องดำเนินการต่อก็คือ การลดอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญจากพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตที่เสี่ยง และจากมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2552) เห็นชอบบริการควบคุมป้องกันและรักษา โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรัง โดยมอบนโยบายให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเจ้าภาพดูแลระบบ (System manager) โรงพยาบาลทุกระดับ ปรับคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล โดยการนำข้อมูลของผู้ป่วยส่งต่อเครือข่ายปฐมภูมิให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนร่วมกัน ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาระบบเฝ้าระวังคุณภาพการจัดบริการและความครอบคลุมการบริการของหน่วยบริการโดยเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network : CRCN) ได้จัดเก็บข้อมูลให้เป็นแบบ Computerized data entry จากหน่วยบริการ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินการป้องกันโรคและการค้นหาผู้ป่วยในระดับชุมชน

จากนโยบายดังกล่าวและจากการที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสนำนักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชนโดยมีการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพในแต่ละตำบลในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่าประชาชนที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละหมู่บ้านมีจำนวนมาก และพบว่าญาติสายตรงที่เป็นบุตร-หลานก็มีพฤติกรรมที่เสี่ยงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจากการซักถามพบว่ามีความเข้าใจสาเหตุการเกิดโรคเป็นอย่างดีเพราะว่ามีญาติป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่มีแรงบันดาลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค และจากงานวิจัยการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้การรับรู้ในความสามารถของตนเอง เกิดผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวดีขึ้นในระยะเวลา 12 สัปดาห์ (สมพงษ์, 2556) ซึ่งก็สอดคล้องกับงานวิจัยที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหอบหืด มีระดับคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น (ณฏฐพงษ์, 2556) ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล น่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หากมีวิธีการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

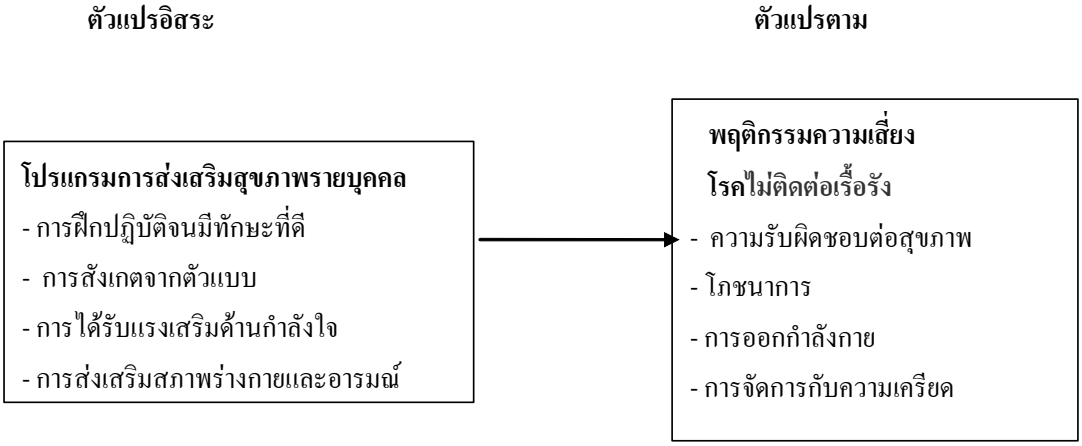
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อเอ็นซีดี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจินดา อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

สมมุติฐานการวิจัย

ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura,1997) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังได้รับแนวทางสนับสนุน ได้แก่ 1) การฝึกปฏิบัติจนมีทักษะที่ดี ซึ่งเกิดจากการให้คำแนะนำหลังจากวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคล 2) การเรียนรู้จากตัวแบบโดยนำเสนอผ่านเอกสารที่เป็นสมุดคู่มือ ซีดีความรู้ และแผ่นพับความรู้ 3) การได้รับแรงเสริมด้านกำลังใจ จากการชี้แนะ ชมเชย ในการติดตามเยี่ยมที่บ้านและทางโทรศัพท์ 4) การส่งเสริมสภาพร่างกายและอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender, 2006) จำนวน 4 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตัวเอง และหลีกเลี่ยงความพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ (Nutrition) การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และมีคุณค่าทางโภชนาการ 3) กิจกรรมการออกกำลังกาย (Physical activity) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่คำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ 4) การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิด การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura,1997) และการวัดพฤติกรรมเสี่ยงตามแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์และคณะ (Pender, 2006)

นิยามตัวแปรที่ศึกษา

1) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคล หมายถึง ขั้นตอนดำเนินการทำให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง จากการรับทราบข้อมูลสุขภาพในปัจจุบันที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตหากไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง โดยขั้นตอนแรกคือแจ้งผลการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงในปัจจุบันเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคล ตามโปรแกรมของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตามเวปไซด์ www.ncdsthailand.com/ และจดบันทึกกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในสมุดคู่มือสุขภาพรายบุคคลในแต่ละสัปดาห์ ได้แก่ การลดละเลิก การสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา การเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม การมีกิจกรรมออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์ และการจัดการความเครียด โดยต้องเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีการติดตามพฤติกรรมทุกสัปดาห์โดยเยี่ยมที่บ้าน 4 ครั้งและโทรศัพท์ทุกสัปดาห์จนสิ้นสุดโครงการ

2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ได้แก่ มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI $\geq$ 25 กิโลกรัม/เมตร2) มีภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 30 กิโลกรัม/เมตร2) การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา การมีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ การรับประทานผักและผลไม้รวมกันตั้งแต่ 5 หน่วยมาตรฐานขึ้นไป ต่อวัน การเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนการ และภาวะความกดดันด้านอารมณ์จนเกิดความเครียด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลคลองจินดา อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 42 คน อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้คล่องแคล่ว พร้อมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยจะต้องทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงโดยใช้โปรแกรมของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ของเวปไซด์ www.ncdsthailand.com/ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยนำมาจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) โดยนำมาปรับให้เหมาะสม ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางกายภาพส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวญาติสายตรง จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มความเสี่ยง จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมกิจกรรมออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมแสดงระดับความเครียด จำนวน 5 ข้อ

1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ

ประเภทที่ 2. เครื่องมือที่เป็นคู่มือส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคล

ผู้วิจัยได้สร้างสมุดคู่มือดูแลสุขภาพเป็นรายบุคคล ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูราและเลือกวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เลี่ยงอาหารหวาน-มัน-เค็ม เพิ่มผักผลไม้ การออกกำลังกาย อย่างน้อย 30นาที/วัน (3 ครั้ง/สัปดาห์) และอารมณ์ สังคม ซึ่งเนื้อหาจะประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลสุขภาพส่วนตัว ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต ที่จะต้องบันทึกทุกสัปดาห์

2.2 คำแนะนำและหลักปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง หลักการ 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 2 ส (ไม่สูบบุหรี่ และดื่มสุรา) โดยมีการกำหนดเป็นตัวเลขที่ง่ายต่อการบันทึกในแต่ละสัปดาห์

2.3 การตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นจากการสังเกตสีของอุจจาระและปัสสาวะของตนเองในแต่ละสัปดาห์ เพื่อการปรับเปลี่ยนการรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยนำหนังสือจากสำนักวิจัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการเลขที่ 12/2557 ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลงานวิจัยกลุ่มเสี่ยง ณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจินดา โดยส่งจดหมายไปยังหน่วยราชการสาธารณสุขอำเภอสามพราน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีหนังสือรับทราบการเข้าร่วมตารางโปรแกรมอย่างชัดเจน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เริ่มทดลองตามโปรแกรมตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 – 30 เมษายน พ.ศ. 2558 ระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยมีการบูรณาการกับการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้คือ

1. ผู้วิจัยแนะนำทีมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย ที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยมีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน 4 สัปดาห์แรก จากนั้นจะติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จนกระทั่งถึงสัปดาห์ที่ 12

2. สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามโปรแกรมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ www.ncdsthailand.com/ สำหรับประชาชนทั่วไป และแจ้งให้กับผู้เข้าร่วมโครงการทราบข้อมูลผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยง

3. ให้ความรู้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากข้อมูลที่วิเคราะห์ และสอนบันทึกการใช้สมุดคู่มือเป็นรายบุคคลทุกสัปดาห์ ซึ่งสามารถอ่านทบทวนได้ตลอดเวลาที่อยู่ในสมุดคู่มือด้านหลัง และมีการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งได้จัดทำสื่อการสอนทั้งแผ่นพับและซีดีความรู้ โดยมีการนำเสนอและอธิบายให้ทราบรายละเอียด พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาเป็นรายบุคคล โดยจะใช้เวลาไม่เกิน 1 ชม.

4. ทีมวิจัยให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นของผู้เข้าร่วมโครงการ จากการติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือจากการโทรศัพท์ และจากสมุดบันทึกคู่มือรายบุคคล โดยสรุปปัญหารายบุคคลเพื่อเป็นแนวทางสื่อสารครั้งต่อไป

5. ทีมวิจัยมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินผลโปรแกรมโดยจะสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การดำเนินการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม (Content validity) การใช้ภาษาความชัดเจน เพื่อให้ตรงตามเนื้อหาและครอบคลุมและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านโดยวิธีการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ผลการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรม มีค่า CVI เท่ากับ 0.82 ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence : IOC) ช่วง 0.8-1.00 ที่ยอมรับได้

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะเดียวกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ One group Paired t-test ทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุอยู่ในช่วง 35-60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาเป็นเพศชาย มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีสถานะคู่ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 61.90 สถานะโสด 14 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 สถานะหย่า/หม้าย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 90.47 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 90.47

2. ข้อมูลญาติ พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานจำนวน 23 คน ร้อยละ 54.76 ญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็ง 13 คน ร้อยละ 30.95 ญาติสายตรงเป็นโรคเส้นเลือดสมอง จำนวน 3 คน ร้อยละ 7.14 ญาติสายตรงเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 3 คน ร้อยละ 7.14

3. ข้อมูลสุขภาพ พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงเพศหญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรจำนวน 11 คน และเพศชายมีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร จำนวน 2 คน คิดรวมเป็นร้อยละ 30.95 ค่าระดับความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ Systolic BP 140 - 90 mmHg Diastolic BP 90 -60 mmHg) จำนวน 17 คน ร้อยละ 40.47 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์น้อยกว่า 100 mg%) จำนวน 2 คน ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดภายใน 1ปี จำนวน 40 คน ร้อยละ 95.24 ไม่พบโรคประจำตัวทุกคน

4. ผลการศึกษาเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อเอ็นซีดี 4 ด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคล พบว่า ระดับค่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านการจัดการกับความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.261 (S.D.=2.095) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.690 (S.D.= .9496) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000) นอกจากนั้นพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ค่าระดับช่วงความเชื่อมั่น (Confidence Interval of the Difference) อยู่ในช่วงระหว่าง -.200 ถึง .295 พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนา ค่าระดับช่วงความเชื่อมั่นอยู่ในช่วงระหว่าง -.586 ถึง 1.729 และพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย ค่าระดับช่วงความเชื่อมั่นอยู่ในช่วงระหว่าง -.082 ถึง .510 ช่วงคะแนนพิสัยมีค่าศูนย์ ทั้ง 3 ด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

ผลการศึกษา	ก่อน		หลัง		95% Confidence Interval of the Difference		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	Lower	Upper		
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.976	1.258	3.928	1.237	-.200	.295	.388	.700
โภชนาการ	20.714	2.915	20.142	2.992	-.586	1.729	.996	.325
การออกกำลังกาย	4.000	1.012	3.785	1.024	-.082	.510	1.460	.152
การจัดการกับความเครียด	7.261	2.095	5.690	.9496	.875	2.267	4.562	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อเอ็นซีดี มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้านการจัดการความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาจากค่า 95% Confidence Interval พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงอีก 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกาย มีค่าระดับช่วงความเชื่อมั่นทุกด้านอยู่ในช่วงคล่อมเลข 0 ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งแสดงว่าผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเสี่ยงทั้ง 3 ด้านของกลุ่มเสี่ยงต่อเอ็นซีดี เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบไปด้วยการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจัดทำสื่อการสอนทั้ง แผ่นพับ และซีดีความรู้ โดยมีการนำเสนอและอธิบายให้รับทราบอย่างละเอียด พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามและเสนอแนะข้อคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยมีคู่มือดูแลสุขภาพตนเองที่จะต้องมีการบันทึกทุกสัปดาห์ รวมทั้งดำเนินการให้การสนับสนุนทางสังคมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ติดตามการเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์เพื่อสอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบันทึกลงในสมุดคู่มือดูแลสุขภาพของตนเองในช่วง 4 สัปดาห์แรก และโทรศัพท์สอบถามทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่องรวมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการศึกษาของรัตนา เกียรติเผ่า (2558) ผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักและรอบเอว ก่อนและหลังใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต และผลการศึกษาของสุนทรี เจียรวิทยกิจและคณะ (2556) โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในระยะยาว และผลการศึกษาของสุรพล อริยะเดช (2555) หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาของ นฤมลเวชจักรเวรและคณะ (2555) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยและเพิ่มการออกกำลังกายช่วยหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนให้มีขนาดร่างกายเหมาะสมเพิ่มขึ้น ป้องกันความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อสรุปผลการอภิปรายการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการวิจัย ที่พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย ที่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เนื่องมาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความละเอียดเกณฑ์การเลือกที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน (BMI $\geq$ 25 กิโลกรัม/เมตร^2) ภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 30 กิโลกรัม/เมตร2) การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา การมีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ การรับประทานผักและผลไม้รวมกันที่น้อยกว่า 5 หน่วยมาตรฐานขึ้นไป ต่อวัน ซึ่งผู้วิจัยได้สนใจกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเบื้องต้น โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น ซึ่งจะส่งผลที่จะทำให้ค่าเฉลี่ยรายด้านทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อพิจารณาจากค่า 95% Confidence Interval ที่มีแนวโน้มผลลัพธ์การใช้โปรแกรมไปในทางที่ดี จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ต่อไป เพียงแต่จะต้องเพิ่มความระมัดระวังในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ละเอียดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการใช้ประโยชน์จากการวิจัย

จากผลการวิจัยทำให้เกิดประโยชน์กับ 1) ผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพประชาชน ที่มีแนวทางเพิ่มขึ้นสำหรับการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรคเอ็นซีดีในกลุ่มเสี่ยง 2) ผู้บริหารที่รับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ ควรประสานความร่วมมือกับทีมสาธารณสุขในการทำงานเป็นทีม หรือสถาบันการศึกษาที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชน โดยการนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวทางป้องกันโรคชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยวัดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ เช่น ค่าน้ำหนักตัว รอบเอว โดยต้องมีเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด ซึ่งอาจปรับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้เป็นรายบุคคลเป็นการจัดประชุมแทนเพื่อช่วยในการประหยัดเวลาหากว่าทีมวิจัยมีไม่มากพอ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการกับเรียนการสอนจึงสามารถจัดโปรแกรมเป็นรายบุคคล แต่ควรฝึกอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีส่วนร่วมในการติดตามดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพชุมชนให้สามารถดูแลตัวเองและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข (2557). *รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs) ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2557.* [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557, จาก http://bps.ops.moph.go.th/Health information/.

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน. (2553). *รายงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร.* กรุงเทพฯ : สำนักงานวิจัยแห่งชาติ.

ชูติระ ศรชำนิและคณะ. (2552). *ระเบียบวิธีวิจัย.* กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

ชูชัย ศุภวงค์ และคณะ. (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

นฤมล เวชจักรเวร และคณะ. (2555). "ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือในหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน". *วารสารสารธารณสุขศาสตร์.* 24 (2) : 4-16.

ณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร. (2556). *ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหอบหืด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ปัทมา โกมุทบุตร. (2551). *ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2557, จาก http://www.thaiccm.com.

รัตนา เกียรติเผ่า (2558). "ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี". *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 24 (3) : 405-412.

สุนทร ตรีนันทวัน. (2555). *โรควิถีชีวิต หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557, จาก http://edtech.ipst.ac.th/index.php/non-communicable-diseases-ncd/.

สุนทรี เจียรวิทยกิจ และคณะฯ. (2557). "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูง". *Pacific Rim J Nurse Res*. 18(2) : 100-110.

สุรพล อริยะเดช. (2557). "ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง". *วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 29 (3) : 205-216.

สมเกียรติ โพธิสัตย์. (2551). *รายงานการศึกษาโครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร*. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). *รายงานสถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2557). *เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของโรค NCDs สำหรับประชาชน*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557, จาก http://www.ncdsthailand.com/tnc.php.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2557). *NCDs กลุ่มโรคที่พวกคุณสร้างเอง*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2557. จาก http://www.youtube.com/watch/.

สมพงษ์ หามวงค์. (2556). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุงเผือก อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Bracquer, D, & Backer, G. (2005). The prevalence of concomitant hypertenston and hypercholesterolemia in the general Population. *International Journal of Cardilogy*. [Online]. Retrieved November 7, 2005, from http://www.Science Direct/journals/Cardiolgy.

Bandura, A. (1997). "Editorial". *American Journal of Health Promotion,* 12(1) : 8-10.

Brady, C. (2006). *Uncontrolled high blood pressure. Means More Cognitive problems in old age.* [Online]. Retrieved October 23, 2006, from http://www.apa.org/journals/releases/neu196770.pdf.

Edward H. Wagner. (2014), *Chronic illness management*. [Online]. Retrieved May 1, 2014, from http://www.grouphealthresearch.org/faculty/profiles/wagner/.

Pender, N.J. , Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice.* 4th (ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.

Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, Chistl B, Crookes P, Black D. (2010). "Patient assessment of chronic illness care (PACIC) in two Australian studies : structure and utility". *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* (17) : 215-221.

WHO. (2010). *The global status report on non-communicable diseases.* [Online]. Retrieved May 4, 2014, from http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/

WHO. (2014). *UN Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of NCDs How NCDs are reflected in governing body policies, strategies and plans.* [Online]. Retrieved January 15, 2015, from http://www.who.int/nmh/ncd-task-force/NCDs-governingbodypolicies-dec2014.pdf/ua.

คำแนะนำในการเขียนผลงานวิชาการและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์นักวิชาการ ส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลังของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. ประเภทของผลงานวิชาการ

1.1 ประเภทบทความวิชาการ

บทความวิชาการ : เน้นสาระความรู้เกี่ยวข้องกับด้านพยาบาล การศึกษาการปฏิบัติทางการพยาบาล การบริการทางสุขภาพ หรือ ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและสาขาอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

1.2 ประเภทบทความวิจัย

บทความวิจัย : เป็นรายงานการวิจัยทางการพยาบาล หรือวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ

2. การเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนจะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการและบทความวิจัย ดังนี้

2.1 พิมพ์ต้นฉบับ ในกระดาษ A4 พิมพ์หน้าเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) ใช้โปรแกรม word และตัวพิมพ์มาตรฐาน (Font 16 ของ Angsana new เท่านั้น) มีเลขหน้ากำกับทุกหน้า ความยาวเนื้อเรื่องไม่ต่ำกว่า 9 หน้า และไม่เกิน 15 หน้า

2.2 ชื่อเรื่อง : ให้มีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นๆ และสื่อความหมายบ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

2.3 ชื่อผู้เขียน : ให้ใส่ชื่อตัวและชื่อสกุลเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มุมขวาใต้ชื่อเรื่องกรณีผู้แต่งหลายคนให้เรียงลำดับความสำคัญตามวุฒิ หรือตำแหน่งวิชาการในงานนั้นๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย * ไว้ท้ายนามสกุล และพิมพ์ Footnote ไว้ด้านล่างในหน้าแรกของบทความ ดังตัวอย่าง

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 200 คำ

2.5 การอ้างอิงในเนื้อหา : ให้ใช้การอ้างอิงในรูปแบบนาม – ปี – เลขหน้า ดังตัวอย่าง (สมพันธ์ หิญชีระนันทน์, 2550) (Fawcett and Downs, 2006)

2.6 หากเป็นบทความวิจัย ให้เรียงลำดับเรื่องดังนี้

1) บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2) บทนำ/ความสำคัญของปัญหา
3) วัตถุประสงค์ของการวิจัย
4) กรอบแนวความคิดการวิจัย

5) วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

6) สรุปผลการวิจัย และวิเคราะห์ผลการวิจัย

7) วิจารณ์และอภิปรายผลการวิจัย

2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา ดังตัวอย่าง

<u>ตัวอย่าง</u> ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสำคัญของความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวที่มีต่อการจัดการท่องเที่ยวเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยรวมและรายด้านจำแนกตามตัวแปรเพศ (n=384)

ความคิดเห็น	ชาย (n=169)		หญิง (n=215)			
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	t	p
1. ด้านการจัดดำเนินการ	3.89	.63	3.87	.64	.31	.842
2. ด้านสถานที่,อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	3.69	.60	3.67	.67	.22*	.047
3. ด้านแหล่งท่องเที่ยว	3.90	.55	3.94	.59	.-80	.112
4. ด้านสินค้าของที่ระลึก	3.69	.68	3.71	.62	.-37	.300
รวม	3.79	.50	3.80	.50	.-18	.686

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.8 การเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง : ใช้การอ้างอิงระบบเอพีเอ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

1) <u>หนังสือ</u>

ชื่อผู้แต่ง.//(ปีที่พิมพ์).// *ชื่อหนังสือ.*// ครั้งที่พิมพ์.// เมืองที่พิมพ์/ : / สำนักพิมพ์.

เรวดี ธรรมอุปกรณ์. (2530). *การใช้ยาบำบัดอาการ.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

2) <u>บทความวารสาร</u>

ชื่อผู้เขียน.// *(ปีที่พิมพ์).*// "ชื่อบทความ".// *ชื่อวารสาร.*// ปีที่ (ฉบับที่)/:/ หน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของบทความ.

ธวัช โลพันธ์ศรี. (2530). “เรื่องเสียงแหบ”. *วารสารพยาบาล.* 5(6) : 216-226.

3) <u>วิทยานิพนธ์</u>

ชื่อผู้เขียน.//(ปีที่พิมพ์).//*ชื่อวิทยานิพนธ์.*//เมืองที่พิมพ์.//สถานศึกษา.

สมหมาย ถิรวิทยาคม. (2547). *ประสบการณ์การนอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาลอกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

4) <u>ข้อมูลออนไลน์บนอินเตอร์เน็ต</u>

ชื่อผู้แต่ง.//(ปีที่พิมพ์).//*ชื่อเรื่อง*.//[ประเภทสื่อ].//สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.

สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. (2544). *ความสงสัยในการเดินหน้าปฏิรูปการศึกษา*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2545, จาก http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm/.

Howard Owens. (2010). *Twelve things journalist can do to save journalism*. [Online]. Retrieved November 19, 2010, from http://www.howardowens.com/2007/.

5) <u>บทความหนังสือพิมพ์</u>

ชื่อผู้เขียนบทความ.//"ชื่อบทความ".//*ชื่อหนังสือพิมพ์* /:/ หน้า.

คึกฤทธิ์ ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). *"ข้าวไกลนา"*. สยามรัฐ : 3.

3. การส่งต้นฉบับและหลักเกณฑ์การประเมินผลงานวิชาการ

3.1 ผู้เขียนต้องกรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม นำส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนทุกครั้ง

3.2 กองบรรณาธิการจะพิจารณาผลงานวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป หากผ่านการพิจารณาจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินผลงานโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย (Peer reviewer)

3.3 บุคคลภายนอกที่ต้องการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ต้องจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินผลงานวิชาการ (Peer reviewer) ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

3.4 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วพร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง

3.5 กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ ภายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินผลงานเรียบร้อยแล้ว

3.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์แล้วกองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.7 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนถือเป็นกรรมสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

3.8 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ผู้เขียน

3.9 ผู้เขียนต้องส่งเอกสารต้นฉบับและไฟล์บทความทางไปรษณีย์ หรือ email ตามที่อยู่ด้านล่างนี้

เลขานุการคณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***** นางธัญญรัตน์ หวานแท้ *****

144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน – บ้านแพ้ว

ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3422-9480 ต่อ 3102-03

โทรสาร. 0-3422-9499

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

ตัวอย่างการเขียนบทความวิชาการ

ไขมันทรานส์อันตรายที่แฝงมาในอาหารยอดฮิตของเด็กและวัยรุ่นไทย

Potentially Harmful Trans-fat in Popular Food of Children and Adolescents in Thailand

สุภาพร เชยชิด*

บทคัดย่อ

กรดไขมันทรานส์เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่พบได้ทั้งในธรรมชาติอยู่ในสัตว์เคี้ยวเอื้องและที่สำคัญเกิดจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมอาหารที่มนุษย์ได้สร้าง ขึ้นซึ่งมักจะพบในอาหารที่มีส่วนประกอบหลักที่เป็นเนยเทียมหรือไขมันพืชที่ที่เรียกว่าชอร์ตเทนนิ่ง (Shortenings) เนื่องจากไขมันชนิดนี้จะช่วยให้ขนมอบมีความแข็งแรงคงรูปมีความกรอบมากกว่า มีความเปราะน้อยกว่าและแยกชั้นได้ดี ส่วนอาหารทอดจะมีลักษณะผิวแห้งไม่เยิ้ม ไม่ติดมือไม่เหม็นหืนจึงทำให้เป็นที่นิยมในการผลิตขึ้นมาเพื่อจำหน่าย จากรายงานการศึกษาในคน พบว่าหากปริมาณกรดไขมันชนิดทรานส์ในอาหารสูงพียงพอจะสามารถเพิ่มระดับคลอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี(LDL-cholesterol)และลดระดับคลอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL-cholesterol) ในเลือดได้ ซึ่งจะมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และจากการศึกษาพบได้ว่าอาหารในกลุ่มขนมอบและอาหารทอดปัจจุบันล้วนเป็นอาหารที่กลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยบริโภคกันในปริมาณสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันที่สูงขึ้นด้วย นอกจากนั้นปัจจุบันพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอายุน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถเริ่มดำเนินมาตั้งแต่ในวัยเด็กและต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการป้องกันโรคที่ดีที่สุดควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก ซึ่งควรได้รับการร่วมมือกันในการดำเนินการของผู้ปกครอง ครู โรงเรียน สื่อสารมวลชน ผู้ผลิตอาหารและรัฐบาล

Abstract

Tran fatty acids are polyunsaturated fats naturally found from ruminants which are commonly used in the production of processed foods sold in the wide scope of consumers. These are mainly processed combined with the main ingredients like margarine or vegetable fats called Short Whitening (shortenings) basically used in baking, non-greasy crispy fried foods due to its texture that is less brittle that makes the dough splits very well. These chemicals has the ability to prevent from melting in thepalm of the hands and not rancid which makes it popular in the market. During the human research study, it was found out that trans-fatty acids in high quantity increases the cholesterol levels called bad cholesterol (LDL

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

cholesterol) and decreases good cholesterol (HDL cholesterol) levels. As such, this increases also the risk of developing cardiovascular diseases in the major population for having such a major health concern in Thailand. It was also found out that large consumers of baked and fried foods nowadays are children and adolescents respectively, thus, resulted to younger generation at risk in developing cardiovascular diseases due to an increased consumption of bad cholesterol (LDL) that are mainly found in their diet. This condition follows through adulthood, therefore, the best way to prevent this health concern should start in childhood. Dissemination of journals or articles in the general population is a good strategy to combat this dilemma especially in schools, government sectors, food manufacturers as well as to parents and teachers.

ตัวอย่างการเขียนบทความวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร*

The Competencies of the Professional Nurses for Caring Acute Myocardial Infarction Patients at a Tertiary Level Hospital in Samutsakhon Province.

สำอางค์ ตันวิเชียร พยม.**
สมพันธ์ หิญชีระนันท์***
ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคตร****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาครที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความเห็นด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจังหวัดสมุทรสาคร วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอบบาค มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลักของสมรรถนะ หมุนแกนตัวประกอบในแบบออโธกอนอล ด้วยวิธีแวริมิกซ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาความรู้ของทีมการพยาบาล 2) ด้านการประเมิน วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเบื้องต้น 3) ด้านการใช้เทคโนโลยี งานวิจัย นวัตกรรมเพื่อการสื่อสารอย่างมีจริยธรรม 4) ด้านการให้คำแนะนำ ปฏิบัติการพยาบาลและเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และ 5) ด้านการพยาบาลหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยองค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 70.41

จากผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ในการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

Impact on the lives of people in society is an important health trend and health issue, and is expected to be more complex in the future. The nursing organization needs to adapt to improve performance, and enhance its ability to provide a much more specialized service care.

This research aimed to study the competencies of professional nurses who care for patients with acute myocardial infarction in a tertiary level hospital in Samutsakhon Province. The samples were composed of 155 professional nurses who had work experience for over three years. The research instruments were personal data questionnaire and nurse competency questionnaire. The content validity index (CVI) of the questionnaire was 0.87, and its reliability using Cronbach's alpha coefficients was 0.99. Data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, and factor analysis.

The major findings were as follows. The competencies of the professional nurses for caring acute myocardial infarction patients at a tertiary level hospital composed five factors including; 1) health education for patients and their relatives and knowledge development of the nursing team, 2) assessment, nursing diagnosis and planning for initial intervention, 3) technology utilization, research, communication, innovation and ethics, 4) advise nursing intervention and equipment preparation in crisis management, and 5) nursing after the opening of the coronary arteries. These five factors could explain the variance of competency at 70.41 percents.

The findings of the study can be applied to promote competency of professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction.

ใบสมัคร/ต่ออายุ สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน)

ชื่อ - นามสกุล.....

ที่อยู่ (ที่ต้องการให้ส่งวารสาร).....

.....

.....

มีความประสงค์ ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก

ประเภท สมาชิกรายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 200 บาท

สมาชิกราย 2 ปี (4 ฉบับ) เป็นเงิน 360 บาท

สมาชิกราย 3 ปี (6 ฉบับ) เป็นเงิน 520 บาท

เริ่มฉบับที่ ☐ 1. (มกราคม - มิถุนายน) ☐ 2. (กรกฎาคม - ธันวาคม)

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น ☐ เงินสด ☐ ธนาณัติ ☐ ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

☐ โอนผ่านธนาคาร

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

หมายเหตุ : 1. การสั่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณาสั่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารสั่งจ่าย ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) สาขาดอนยายหอม (นครปฐม)
เลขที่บัญชี 404-052839-7 และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :
ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
E-mail : nursejournal@christian.ac.th

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสมาชิก

ใบเสร็จเล่มที่.....เล่มที่.....ลงวันที่.....

วารสารเล่มแรกที่จ่ายไป.....

มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม
อ.เมือง จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 0-3422-9480

ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์
อาคารสำนักงานสภาคริสตจักรในประเทศไทย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

สถาบันกรุงเทพคริสตศาสนศาสตร์
71 ซอยวชิรธรรมสาธิต 37 ถนนสุขุมวิท101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th