



# วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๕๘ Vol. 2 No. 2 July – December 2015 ISSN 2408-0934

## บทความวิจัย

- † ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัดที่เข้าร่วมโปรแกรม “กล้าอยู่อย่างเบิกบาน” เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- † การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการดิ่งท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่
- † ผลของโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิต ต่อความพร้อมในการเป็นแม่ ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนา

## บทความวิชาการ

- † การดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วยด้วยจิตใจแห่งความเป็นมนุษย์ : การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ ของวัตสัน ตอนที่ 1
- † มุมมองของพยาบาลต่อการให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม
- † แนวทางการจัดการกลุ่มโรคอ้วนลงพุงบนพื้นฐานของวัฒนธรรม วิถีชุมชน ภูมิปัญญาชาวบ้าน และกระบวนมีส่วนร่วม
- † การป้องกันและดูแลแผลกดทับ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

College of Nursing Christian University of Thailand



# วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๕๘ Vol.2 No.2 July - December 2015 ISSN 2408-0934

**เจ้าของ :** มหาวิทยาลัยคริสเตียน

## กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต	หนูเจริญกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา	วงษ์ชมทอง
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์	ทิพย์ระนันท์
อาจารย์ ดร. เสาวนีย์	กานต์เดชารักษ์
อาจารย์ ดร. พรทิพย์	กวิณสุพร

**บรรณาธิการ :** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายใจ พัวพันธ์

## กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม	โอทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ศาสตราจารย์ ดร. รุจา	ภูไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร	จิรวรรณกุล	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา	คุณวิภาติกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา	จีระแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์	จินตนาดีลก	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง	โมนอยพงศ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร. ลักษณะนา	อินทร์กลับ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหญิงนงพิมล	นิมิตรอานันท์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล	ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสเตียน

## วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ผลงานวิชาการและรายงานการค้นคว้าวิจัยด้านพยาบาลศาสตร์
2. เผยแพร่ข่าวสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย

## ขอบเขต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ในสาขาพยาบาลศาสตร์และอื่นๆ 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 :** ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ 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 :** ฝ่ายวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

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




**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ  
(Peer Reviewer)**

- |  |              |                       |
|--|--------------|-----------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา                | ประจุศิลป์   | 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 กัณฑ์ดุขมณี       | เตรียมชัยศรี | มหาวิทยาลัยมหิดล      |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร                | กัลมพากร     | มหาวิทยาลัยมหิดล      |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี                | อัศดรวิเศษ   | มหาวิทยาลัยมหิดล      |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา             | อาจสันเทียะ  | วิทยาลัยเซนต์หลุยส์   |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์         | จิตรมนตรี    | มหาวิทยาลัยมหิดล      |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี             | นามจันทรา    | มหาวิทยาลัยรังสิต     |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ               | ภิญโญภาสกุล  | มหาวิทยาลัยมหิดล      |
- 
- 

## บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้าย พ.ศ. 2558 ประกอบไปด้วยบทความวิจัย 3 เรื่อง และบทความวิชาการ 4 เรื่อง จากผู้เขียนที่อยู่ในวงการวิชาชีพพยาบาล ภายในเล่มมีเนื้อหาที่มีคุณค่าและหลากหลายสาขาต่างๆ ของทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านและหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนจะได้รับการสนับสนุนจากสมาชิก และผู้อ่านที่เป็นเพื่อนร่วมวิชาชีพ ส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ มาตีพิมพ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งกองบรรณาธิการมีความตั้งใจที่จะพัฒนาคุณภาพวารสารอย่างต่อเนื่องต่อไป

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณากลับกรองคุณภาพของบทความก่อนตีพิมพ์ ในการนี้ขอเชิญชวนอาจารย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ส่งบทความตีพิมพ์ได้ โดยส่งมาที่ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ 144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000 หรืออีเมล [nursejournal@christian.ac.th](mailto:nursejournal@christian.ac.th) สำหรับคำแนะนำการเขียนบทความสามารถศึกษาได้จากท้ายเล่มวารสาร หรือสอบถามผ่านอีเมลได้เช่นกัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายใจ พัวพันธ์  
บรรณาธิการ

## สารบัญ

---

### บทบรรณาธิการ

#### Editor's Message

---

### บทความวิจัย

---

- ◇ ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด ที่เข้าร่วม  
โปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผศ.ดร. สายใจ พัวพันธ์ 103  
Experiences of Breast Cancer Patients Receiving  
Chemotherapy as Participants of the Program " Dare  
to Live a Pleasant Life " to Promote Quality of Life Asst. Prof. Dr. Saichai Puapan
- 

- ◇ การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ  
ออกด้วยตนเองในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์ 115  
The Development of a Clinical Nursing Practice  
Guideline to Prevent Self-extubation in Critical Adult  
Patients Orawan Somboonjan
- 

- ◇ ผลของโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิต ต่อความพร้อมในการเป็นแม่  
ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนา นฤมล สุนด์ศักดิ์สวัสดิ์ 127  
Effects of the Building Thread of Life Program on  
Motherhood Readiness of Teenager Having First  
Time Unwanted Pregnancy Narumol Sunsaksawa
- 

### บทความวิชาการ

---

- ◇ การดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วยด้วยจิตใจแห่งความเป็นมนุษย์ :  
การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ตอนที่ 1 ผศ.ดร. สายใจ พัวพันธ์ 139  
Caring for Suffering Patients Through Human  
Mind: Application of Watson's Human Caring  
Theory Part I Asst. Prof. Dr. Saichai Puapan
-

---

◆ มุมมองของพยาบาลต่อการให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม The Care of Person with Dementia : Perspective of Nurse	ปีติพร สิริทิพากร 151 Pitiporn Siritipakorn
◆ แนวทางการจัดการกลุ่มโรคอ้วนลงพุงบนพื้นฐานของวัฒนธรรม วิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาชาวบ้าน และกระบวนการมีส่วนร่วม Management Guidelines for Metabolic Syndrome Based on Cultural, Community way of Life, Local Wisdom and Participative Process	ดร. นวพร วุฒิชัยธรรม 166 Nawaporn Wuthhitham
◆ การป้องกันและดูแลแผลกดทับ Protection and Care of Pressure Ulcers	ศิริกัญญา อุตสาหพิริยกุล 176 Srikanyha U - Sahapiriyakul

---



**ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด  
ที่เข้าร่วมโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
Experiences of Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy  
as Participants of the Program " Dare to Live a Pleasant Life " to  
Promote Quality of Life**

ผศ.ดร. สายใจ พัวพันธ์\*  
สาวิตรี หลักทอง\*\*  
พรพรรณ ศรีโสภาก\*\*  
ลาวัลย์ รักษาเนาเวช\*\*\*  
พิชญภา พิษะยะ\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เข้าร่วมโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของการใช้ศิลปกรรมในโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัดและครอบครัวของผู้ป่วย" ผู้ให้ข้อมูล คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านม ที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลภาครัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 25 คน ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดหมวดหมู่จากคำพูด และการสะท้อนคิดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ 6 ประเด็นหลัก คือ (1) ผู้ป่วยได้แนวคิดที่ช่วยให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลง การปล่อยวาง และการจัดการกับความรู้สึกขัดแย้งในใจ (2) ผู้ป่วยตระหนัก

รู้ถึงรอยต่อระหว่างความสุขและความทุกข์ (3) ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าและความเข้มแข็งในตนเอง (4) ผู้ป่วยมีความชัดเจนว่าพลังสำคัญเพื่อการขับเคลื่อนชีวิตและเผชิญหน้ากับปัญหาคือครอบครัว (5) ผู้ป่วยประจักษ์ว่าการอยู่อย่างมีสติเป็นการสร้างสมพลังชีวิต และ (6) ผู้ป่วยรู้จักการแสวงหาความสุข สบาย และเบิกบานได้จากธรรมชาติและสิ่งต่างๆ รอบตัว

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ศิลปกรรมเป็นสื่อในสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง สร้างสรรค์วิธีการดูแลตนเอง มองเห็นความเป็นไปได้ที่หลากหลายในการเป็นและอยู่กับโรคและการรักษาที่นำความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานมาให้ อย่างไรก็ตามพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาวิธีการประเมินผลลัพธ์และกำหนดระยะเวลาให้เหมาะสมกับวิธีการบำบัดทางการพยาบาลด้วย

---

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\*\* อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

### Abstract

The purpose of this study was to explore experiences of breast cancer patients receiving chemotherapy as participants in the program "Dare to Live a Pleasant Life". It was a part of the research project titled "Effectiveness of artistic program 'Dare to live a pleasant life' to maximize quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy and their families". There were 25 breast cancer patients receiving chemotherapy, from one governmental hospital in Chonburi, voluntarily shared their experiences given from participation in the program "Dare to Live a Pleasant Life". Six themes were categorized from the participants' statements and reflections including (1) having thought about and accepting obvious change, letting things go, and dealing with inner conflict, (2) Being aware of continuum of happiness and

suffering, (3) Being aware of one's value and strength, (4) Being unambiguous that 'family' is powerful resource of moving forward and dealing with problems, (5) Being undoubted that practice mindfulness bring about liveliness, and (6) Knowing how to live daily life with happiness, stillness, and pleasure from nature and surrounding.

The findings demonstrate that using art as a media in the therapeutic relationship based on autonomy of professional nurses could facilitate breast cancer patients to gain self-awareness, initiate appropriate self-care activities, find more possibilities in being and living life with cancer and its treatment that would bring them pain and suffering. However, nurses are suggested to develop an outcome evaluation method and timeframe for proper evaluation with their nursing therapeutics.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งแยกตามเพศ พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2555 พบร้อยละ 37.5 เมื่อแยกตามระยะของโรคพบว่าอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.4 การรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธีทั้งการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การรักษาเสริมด้วยฮอร์โมน และการรักษาที่เป้าหมายของการเกิดมะเร็ง หรืออาจใช้หลายวิธีร่วมกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็งของแต่ละราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) ความไม่คาดหวังว่าตนเองจะเป็นโรคมะเร็งความทุกข์

ทรมานจากการรักษาและอาการข้างเคียงต่างๆ ที่ไม่พึงปรารถนา เป็นระยะเวลานาน และจากการรับรู้โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ และสิ่งเหล่านี้อาจนำไปสู่ ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกผิด และเก็บกด (Puig, Lee, Goodwin, & Sherrard, 2006) ส่วนงานวิจัยของ Sammarco (2009) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอน ความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น หรือคาดหวังไม่ได้ว่าเมื่อใดตนเองจะไม่ถูกรบกวนด้วยอาการต่างๆ และการผ่าตัดเต้านมออกเป็นปัจจัย

ทำนายที่สำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ในขณะที่การแพทย์สมัยใหม่พยายามช่วยชีวิตผู้ป่วย เอาชนะโรคที่อยู่ในตัวผู้ป่วย ด้วยข้อตกลงเบื้องต้นว่าการหายจากโรคจะช่วยให้อายุผู้ป่วยกลับไปได้ (Saving life from disease) แต่สำหรับวัตสันผู้พัฒนาทฤษฎีการดูแลมนุษย์ยืนยันทันอย่างชัดเจนว่าพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถปรับสมดุลของชีวิตได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (Facilitating one to live her life) และการให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสถานการณ์ของตนเอง ด้วยการสร้างงานศิลปะหรือใช้สุนทรียวิธีเป็นทางเลือกหนึ่งที่วัตสันสนับสนุนให้พยาบาลนำไปใช้ มีงานวิจัยและการบำบัดในคลินิกในต่างประเทศที่แสดงถึงประสิทธิผลของการใช้ศิลปะกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ การวาดภาพงานประดิษฐ์ หรืองานปั้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้แสดงออกทางอารมณ์ สนับสนุนความเข้มแข็งของจิตใจ ค้นพบความหมายและเป้าหมายของชีวิต และความเป็นตัวของตัวเอง (Collie, Bottorff & Long, 2011) ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมค่อยๆ ยอมรับปฏิบัติการต่างๆ ที่รุกรานบริเวณส่วนตัว พยายามหาทางจัดการกับความคับข้องใจ ค้นหาความเชื่อมโยงที่ความสำคัญของชีวิต หากลดลงตัวสำหรับการใช้ชีวิตในวันข้างหน้า และค้นพบ "บริเวณปลอดภัย" ที่ช่วยให้เห็นโอกาสในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ยุ่งยากซับซ้อนกับการใช้ชีวิตอย่างมีความหมายและค้นหาความเชื่อมโยงที่ความสำคัญของชีวิต (Oster, Astrom, Lindh & Magnusson, 2009) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดการตระหนักรู้ในตนเองและแสดงออกทางอารมณ์ในส่วนลึกของจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและสงบทางจิตใจ และพบว่าช่วยลดอาการของโรคมะเร็ง 8 อาการ จาก 9 อาการ (Nainis & et al., 2006) ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและอาการทางกายที่เกิดขึ้นจากการคุกคามของโรคและการรักษา (Gaydos, 2004; Lane, 2006; Price, Arbutnot, Benoit, Landry, Landry & Butler., 2007) ช่วยให้

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมค้นพบความหมาย ความคิดสร้างสรรค์ ความเข้าใจตนเองในการก้าวเดินไปข้างหน้า ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ (Predeger, 1996) หลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าศิลปะช่วยกระตุ้นกระบวนการเยียวยาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ช่วยลดความทุกข์ใจจากการป่วยด้วยโรคมะเร็ง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุขได้

สำหรับการใช้ศิลปกรรมในการรักษาพยาบาลหรือเยียวยาผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่ามีความจำกัด อย่างไรก็ตามก็พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีการนำศิลปกรรมไปใช้ในการเยียวยาผู้เจ็บป่วยเรื้อรังหรือบุคคลที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ ได้แก่ วรรณนา ปดพพด, สายใจ พัวพันธ์ และสงวน ธาณี (2553) พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การเปิดใจ การเชื่อมโยง การตอบสนอง การชื่นชม การเยียวยา และบทส่งท้าย ใช้เวลา 3-6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ประเมินผลด้วยการวัดระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ The JAREL Spiritual Well-being Scale จากการทดลองโปรแกรมกับผู้ป่วยจำนวน 14 ราย ทำการประเมินก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และติดตามผล 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโปรแกรมฯ มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณระยะก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พัทธินทรย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง (2550) แพทย์ประจำโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้นำศิลปะมาใช้ร่วมกับการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีอายุตั้งแต่ 3-17 ปี ที่ป่วยเป็นโรคไตโรคมะเร็งตับ มะเร็งกระดูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยจัดทำกิจกรรมสร้างสรรค์ศิลปะทุกสัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง

ด้วยการให้เด็กได้วาดรูป ระบายสี ทำตุ๊กตา ฯลฯ พบว่า เด็กป่วยได้ระบายสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจออกมาและมีพัฒนาการทางอารมณ์ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมการหายและเป็นการเยียวยาให้แก่ผู้ป่วย นิตารัตน์ ชูวิเชียร (2550) ศึกษาผลของการนำศิลปะไปใช้ในการดูแลเด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ จำนวน 20 ราย เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม 8 ขั้นตอน สื่อสารผ่านการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง ได้แก่ การแนะนำตัวเอง การฉายภาพตนเอง การฉายภาพครอบครัว การวาดฝัน การปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ดี การวาดในสิ่งที่ปรารถนา การเรียนรู้อย่างอิสระด้วยการทำภาพปะติดปะต่อ และบทส่งท้าย ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นภายหลังได้รับการบำบัดด้วยศิลปะ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของการใช้ศิลปกรรมในโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัดและครอบครัวของผู้ป่วย" โปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" เป็นการปฏิบัติการตามบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยและคณะใช้ศิลปะเป็นสื่อในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดเต้านม ได้ทบทวนประสบการณ์การเจ็บป่วย และปลุกพลังที่มีอยู่ในตัวให้เป็นพลังที่เสริมสร้างความมีชีวิตชีวา แล้วให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดออกมาเป็นคำบรรยายประกอบงานศิลปะที่สร้างขึ้น (สายใจ พัวพันธ์ และคณะ, 2557)

### กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

ภาวะสุขภาพในศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson, 1988) หมายถึงความสอดคล้องกลมกลืนกันของกาย ใจ และจิตวิญญาณ วัตสันกล่าวในที่ประชุมนานาชาติที่จัดโดยสถาบันพระบรมชนก กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 7-8 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ว่า "Body as a garden, not as a machine."

หรือ กายมนุษย์เปรียบเหมือนสวนดอกไม้ซึ่งต่างกันโดยสิ้นเชิงกับเครื่องยนต์กลไก ที่สะท้อนความเป็นตัวตนให้ผู้อื่นได้พบและเห็น สวนดอกไม้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกันกับดิน แสงแดด น้ำ ลม และอากาศ การแผ่กิ่งก้านสาขา แดงดอกออกผล เป็นสิ่งที่แสดงตัวตนที่ได้รับถ่ายทอดมาจากเมล็ดพันธุ์ ซึ่งเปรียบเสมือนสัญลักษณ์แห่งความเจริญงอกงาม ความเบิกบาน ความกล้า ความคิดสร้างสรรค์ จินตนาการ และความเป็นอิสระ

วัตสันมีความเชื่อว่ากระบวนการระหว่างมนุษย์กับมนุษย์จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงสภาวะทางใจและจิตวิญญาณของบุคคลที่เจ็บป่วยได้ในขณะที่ยังไม่มีเทคโนโลยีใดสามารถประเมินสภาวะทางใจและจิตวิญญาณของมนุษย์ได้ (Watson, 1999) พยาบาลมีหน้าที่สำคัญคือปฏิบัติกรด้วยความรักและเมตตาเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยแสดงการรับรู้หรืออริสระว่าการเจ็บป่วยมีผลอย่างไรต่อชีวิต ได้แสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวกและลบ ส่งเสริมการแสวงหาความหมายของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิต และของความตาย ทบทวนเส้นทางชีวิต ความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาที่ผู้ป่วยยึดถือ ความเข้มแข็งในตนเอง และรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นคือการค้นพบหรือตระหนักรู้ในตนเอง เกิดความรู้จักตนเอง เคารพตนเอง เกิดกระบวนการเยียวยาและดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ใช้ชีวิตได้อย่างสมดุล ทำให้บุคคลพร้อมที่จะเปิดรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น มองเห็นความเป็นไปได้ที่หลากหลายในการเป็นและอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ แม้ว่าสถานการณ์หรือความจริงนั้นจะนำความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานมาให้ก็ตาม (Watson, 1988; Watson, 1999; Watson 2008) ศิลปะหรือสุนทรียะวิถึเป็นตัวแปรสำคัญที่วัตสันเชื่อว่าสามารถช่วยสนับสนุนให้บุคคลมองโลกแตกต่างไปจากเดิม ช่วยส่งเสริมการเยียวยาให้แก่บุคคลได้หยั่งรู้ในการเป็น/การทำ/การรู้แห่งตน (Being/Doing/Knowing) วัตสันจึงมีความเห็นว่าการสร้างงานศิลปะเป็นกิจกรรมการดูแลที่สำคัญที่พยาบาลใช้ในการสนับสนุนให้บุคคลสามารถใช้

ศักยภาพของตนที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เปลี่ยนแปลงตนเอง ปรับเปลี่ยนมุมมองของการใช้ชีวิต และการกระทำ เพื่อการพัฒนาสู่ความรู้สึกสูงสุดที่เกี่ยวกับตน สู่การค้นพบหนทางของชีวิตที่งดงามหรือผาสู่ร่วมกับโรคภัยหรือความเจ็บป่วยที่มีอยู่

### การดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก มีรายชื่อลงทะเบียนรับกำลังอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลของภาครัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี และเป็นผู้ป่วยลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เข้าร่วมโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเข้าร่วมโปรแกรม คราวละ 6-10 คน รวมผู้ป่วยทั้งหมดที่ยินยอมให้ข้อมูลที่เป็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จำนวน 25 คน ผู้ป่วยทุกคนที่ยินยอมให้ข้อมูลรับทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรับทราบ ว่าผู้วิจัยจะนำประเด็นและคำพูดต่างๆ ของผู้ป่วยไปนำเสนอด้วยการใช้ชื่อสมมติ และไม่มี การเปิดเผยหน้าของ ผู้ป่วยในภาพต่างๆ ที่ใช้ประกอบการนำเสนอ

ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเล่าและสะท้อนคิด ประสบการณ์ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในรายละเอียดของโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" (ดูคำอธิบายโดยสังเขปของโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" ท้ายบทความ และดูรายละเอียดในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์)

### ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมทุกกิจกรรมของโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" 25 คน มีอายุเฉลี่ย 50.22 ปี (อายุระหว่าง 33-65 ปี) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 72.2) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.4) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.3) อาชีพเป็นแม่บ้าน และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 22.2) รายได้มากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 33.3) และไม่มียารักษาโรคประจำตัวอื่นๆ (ร้อยละ 67.3)

กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักกันมากขึ้น แลกเปลี่ยนทุกข์-สุข และวิถีการดูแลตนเอง ในบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวกับการลงมือกระทำตามที่กำหนดไว้ในกิจกรรม สนุกและเพลิดเพลินกับการกลับมาจับดินสอสี ระบายสี และปั้นดินอีกครั้งหลังจากที่ไม่เคยทำสิ่งเหล่านี้มานานหลายปี บางกิจกรรมที่จำเป็นต้องใช้ความคิดใคร่ครวญ ใช้ความเงียบ และใช้สมาธิจดจ่ออยู่กับการทำกิจกรรม ผู้ป่วยก็สามารถทำกิจกรรมอย่างเพลิดเพลินเป็นเวลานาน และแลกเปลี่ยนกันด้วยความสนุก และเสียงหัวเราะ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพของการวิจัยนี้ ผู้วิจัยรวบรวมการบอกเล่าและคำพูด และการสะท้อนการเรียนรู้หรือแง่คิดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ได้ 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1: ผู้ป่วยได้แง่คิดที่ช่วยให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลง การปล่อยวาง และการจัดการกับความรู้สึกขัดแย้งในใจ

กิจกรรมรังสรรค์ปั้นแต่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ย้อนกลับไปค้นเคยกับความเป็นเด็กที่เคยเล่นดิน ขี้าดิน และปั้นสิ่งต่างๆ จากดิน โดยไม่กังวลกับความเลอะเทอะ กิจกรรมปลดปล่อยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความ รู้สึกขัดใจจากการวาดภาพจากสีน้ำและต่างทับทิม แล้วกระตุ้นให้ผู้ป่วยจัดการกับความ รู้สึกนั้นด้วยการ ทำท่ายให้ผู้ป่วยวาดภาพต่อจากภาพที่เกิดจากสีน้ำและต่างทับทิม ให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระกับการวาดภาพใหม่ อีกครั้ง กิจกรรมปลดปล่อยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความ รู้สึกขัดใจ และการจัดการกับความ รู้สึกนั้น ส่วนกิจกรรมดอกไม้ในใจคุณ ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ ดอกไม้ที่เคยถูกมองข้ามกลายเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ดอกไม้ในแจกันมีความสวยงาม ธรรมชาติของดอกไม้เมื่อถูกเด็ดหรือตัดออกมาจากต้น เป็นต้น ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างที่สมาชิกเกิดการเรียนรู้และเชื่อมโยงกับชีวิตของตน



พะยอม "ดิฉันได้ทำกิจกรรมปลดปล่อย บั้นดินเหนียว คือ ได้คิดย้อนไปเมื่อยังเด็กอีกครั้ง ไม่คิดอะไร สนุกไปวันๆ แต่พอโตขึ้นก็มีอะไรหลายอย่างเปลี่ยนไป มันเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน แต่เราอย่าเอามาเป็นทุกข์ เราต้องปล่อยวาง เราจะได้เป็นสุข จะได้ไม่เป็นทุกข์"

ผกา "จากการใช้ต่างทับทิม ทำให้คิดได้ว่าเราเจออย่างที่เราคิดไม่ได้ ชีวิตของเรา เราบังคับไม่ได้ โดยเฉพาะในบั้นปลายของชีวิตยิ่งมีความไม่แน่นอน"

พะยอม "ได้ร่วมกิจกรรมดอกไม้ในใจ ได้ขอคิดว่าคนเราเกิดมา อย่าไปยึดเหนี่ยว เราก็เหมือนดอกไม้ มันก็ร่วงไปตามเวลา เมื่อถึงจุดจบของมัน คนเราก็เช่นกัน เมื่อถึงเวลาแล้วก็ต้องไป ฉันทึ่งทำตัวทำใจ อยู่อย่างดอกไม้ ฉันทึ่งอยู่ได้อย่างมีความสุข"

#### ประเด็นหลักที่ 2: ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงรอยต่อระหว่างความสุขและความทุกข์

ดังกล่าวข้างต้นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีโอกาสทุกข์ทรมานจากอาการของโรคเป็นระยะเวลานาน เป็นความทุกข์ทรมานที่มาจากอาการข้างเคียงต่างๆ ที่ไม่เพียงปรารถนาของการรักษา และจากการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อเป็นแล้วความตายอยู่ใกล้ตัว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (จุฬารัตน สุรกุล, 2549) การจัดกิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้ใช้ความเป็น "เด็กน้อย" และค้นหาความเข้มแข็งที่มีอยู่ในตน เป็นการ

เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงออกทางอารมณ์ การกระทำ และคำพูดอย่างอิสระ ทั้งด้านลบและด้านบวก สู่การค้นพบความจริงบางประการที่มีคุณค่าต่อการใช้ชีวิตต่อไป นั่นคือ พบรอยต่อระหว่างความสุขและความทุกข์ อยู่ใกล้กันมาก หรืออาจอยู่ในกันและกัน จากกิจกรรม "แต่งแต้ม-เติมเต็ม" ผู้ป่วยช่วยกันสร้างงานศิลปะจากกระดาษสีที่ฉีกออกเป็นชิ้นเล็กๆ เป็นภาพบุคคลที่ยิ้มอย่างสดใสและเบิกบานใจ สมาชิก เป็นบุคคลที่ผ่านเหตุการณ์หลากหลายในชีวิตที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าความสุขกับความทุกข์เป็นสิ่งที่อยู่ใกล้กันมาก ผู้ป่วยให้ชื่อบุคคลนี้ว่า "น้องสดใส" และอธิบายว่า

"น้องสดใส คือพลังที่ได้รับจากการผ่านชีวิตทั้งที่เป็นความสุข ความยากลำบาก หรือความทุกข์ น้องสดใสเป็นตัวแทนของพวกเราที่ได้มีโอกาสย้อนกลับไปทบทวนสิ่งที่ผ่านมาแล้ว และรู้ว่าสิ่งเหล่านั้น เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีหลายเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ใจมาก แต่ก็ผ่านมาได้ พวกเรามองเห็นว่าความเข้มแข็ง ความกล้า ความอดทน ความพยายาม รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เป็นกำลังใจอยู่ข้าง ๆ ช่วยให้เราผ่านมาได้ การอยู่กับความไม่ได้ตั้งใจ ความขัดใจ เมื่อคิดได้ ทำได้ ความสุขก็เข้ามาแทนที่ความทุกข์"



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๕๘

ประเด็นหลักที่ 3: ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของความเข้มแข็งในตนเอง

การเชิญชวนให้ผู้ป่วยปลูกเด็กน้อยให้ตื่นขึ้นหรือกลับมีชีวิตอีกครั้ง ใช้เวลาอยู่กับ "เด็กน้อย" และร่วมกันรังสรรค์ปั้นแต่ง แต่งแต้ม ต่อเติม ให้เป็นงานศิลปะตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น ผู้ป่วยเกิด

มณฑา "การใช้ความคิดแบบเด็กๆ นั้นไม่ได้ทำมานานแหมนานหลายสิบปี พอได้กลับมาทำก็เป็นโอกาสดีของพวกเราที่ได้กลับมาเป็นเด็กอีกครั้ง และก็ทำให้ลืมเรื่องราวต่างๆ หันมาสนใจงานที่อยู่ตรงหน้าอย่างเพลิดเพลิน และสนุกกับงานที่ทำ รู้สึกผ่อนคลาย คลายความกังวล จนคิดว่าตัวเองเป็นคนปกติไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ลืมไปว่าป่วยอยู่"

ความตระหนักถึงคุณค่าของศักยภาพที่มีอยู่ในตนเอง ความเข้มแข็งในตนเอง และวินาทีแห่งการเยียวยาด้วยความ เป็น "เด็กน้อย" ผู้ป่วยหลายคนรู้สึกมีความสุขที่ได้กลับมาเป็นเด็กอีกครั้ง สนุกและเพลิดเพลินที่ได้ทำกิจกรรมที่ไม่ได้ทำมานานแหมนานหลายสิบปี ทำให้ลืมความเจ็บป่วยและลืมความทุกข์ที่มีอยู่



ในกิจกรรมปั้นดิน ผู้ป่วยที่ชื่อจันทร์บอกว่า "นี่ควายนะคะ ไม่ใช่หมา (หัวเราะ) และนี่คืออ่างใส่น้ำไว้ให้ควายกิน นึกถึงตอนเด็กๆ ที่เลี้ยงควาย ทำเหมือนตอนเด็ก ๆ แล้วสบายใจ .....มีความสุขมากคะ ลืมป่วยไปเลย ลืมคิดไปเลยว่าตอนนีตัวตัวเองป่วยอยู่ สบายใจคะ จากการปั้นและการวาดภาพทำให้รู้ว่าถ้าจะทำอะไร ก็ค่อยๆ ทำ ค่อยๆ คิดก่อนทำ ถ้ามีโอกาสแก้ไข ก็แก้ไขคะ"

บัว "นึกถึงตอนเด็ก ๆ ชอบเล่นว่าว ทำว่าวเล่นเอง เล่นเหมือนเด็กผู้ชาย สนุกมาก" ในขณะที่ลำดวงนกล่าวว่า "เวลาที่อาจารย์ให้ปั้น ทำให้นึกถึงตอนเด็กๆ ความซุกซนของตัวเอง .... มีความสุขที่ได้กลับมาเป็นเด็กอีกครั้ง ได้มาเรียนรู้แลกเปลี่ยน มาสนุก เพลิดเพลิน ลืมป่วยไปเลย"

ประเด็นหลักที่ 4: ผู้ป่วยมีความชัดเจนว่าพลังสำคัญเพื่อการขับเคลื่อนชีวิตคือครอบครัว

งานศิลปะและการสะท้อนคิดของผู้ป่วย แสดงให้เห็นก่อนข้างชัดเจนว่าความรัก ความผูกพัน และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวมีความหมาย

กับชีวิตของผู้ป่วยมาก เมื่อต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ การมีชีวิตอยู่ต่อไปและการเฝ้ารอดูการเจริญเติบโตและความก้าวหน้าของลูกหลาน เป็นพลังสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ในขณะที่เผชิญหน้ากับโรคร้ายที่ผู้ป่วยบางคนเปรียบเสมือนการถูกล้อมด้วยสิ้นนามิ

กรณีการ์ "ปั้นฝูงช้าง เพราะนึกถึงครอบครัว คนที่ให้กำลังใจเรา อยู่กับเราช่วงที่เราป่วย ครอบครัวเรามีอะไรก็จะคุยกัน ไม่ปิดบัง เวลาเราทุกข์หรือสุข เราจะบอกให้ครอบครัวรับรู้ ..."



มณฑา "สายน้ำแห่งชีวิตที่ไหลไป ช่วงหนึ่งสายน้ำไม่สะอาด : แล้วเจอก้อนหินก้อนหนึ่งคือมาเจอมะเร็ง เราก็ตองบำบัด ต้องปล่อยวาง อะไรจะเกิดก็ให้เกิด แล้วจึงมีกำลังใจ กำลังใจมาจากตัวเอง ที่บอกกับตัวเองว่าต้องสู้ ต้องสู้ เพราะยังมีลูกอยู่ ต้องอยู่เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้ลูก"

ประเด็นหลักที่ 5: ผู้ป่วยประจักษ์ว่าการอยู่ กับปัจจุบันเป็นการสร้างสมพลังชีวิต

เมื่อผู้ป่วยมีโอกาสอยู่กับ "เด็กน้อย" ผู้ป่วยเกิดความสนุก และมีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมที่ไม่มีโอกาสทำมาหลายปี ความรู้สึกเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิด

ความเพลิดเพลิน รู้สึกปลดปล่อย เป็นอิสระ อยู่กับปัจจุบันขณะในช่วงเวลาที่นานเป็นชั่วโมง จนลืมความเจ็บป่วย และความทุกข์จากความเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงพลังที่เสริมสร้างการเป็น-อยู่อย่างมีสติและอย่างมีชีวิตชีวา



สองภาพข้างบนนี้เป็นผลงานกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ฉีกหรือตัดกระดาษสีออกเป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อย หรือเป็นรูปต่างๆ พับเป็นรูปร่างต่างๆ แล้วช่วยกันต่อเป็นภาพที่สื่อแสดงการรับรู้ ณ ขณะปัจจุบัน หรือสื่อแสดงถึงบ้าน ครอบครัวต้นไม้ ดอกไม้ ใบหญ้าเสียงนก เสียงน้ำจากลำธาร ความอบอุ่นจากแสงอาทิตย์ เหล่านี้เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ ขณะสร้างผลงานเหล่านั้น ผู้ป่วยทำด้วยความสนุก เพลิดเพลิน และเบิกบานใจ พร้อมกับเสียงหยอกล้อ หัวเราะ และรอยยิ้ม ไม่มีผู้ป่วยคนใดแสดงความเบื่อหน่าย หรือขอหยุดทำกิจกรรมกลางคัน

ประเด็นหลักที่ 6: ผู้ป่วยรู้จักการแสวงหา ความสุข สงบ เบิกบานได้จากธรรมชาติและสิ่งต่างๆ รอบตัว

เงื่อนไขหนึ่ง คือเน้นการคิดและกระทำที่ไม่เบียดเบียนหรือนำไปสู่ความรู้สึกเดือดร้อนใจของผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง กิจกรรมต่างๆ จึงกระตุ้นและท้าทายให้ผู้ป่วยมีความสุขและสนุกสนานกับการทำความรู้จัก

และแปรรูปร่างวัสดุสิ่งของต่างๆ ที่สามารถหาได้มาโดยไม่ต้องใช้เงินซื้อ สิ่งของที่เหลือใช้ สิ่งของที่ถูกรอตัว ผู้ป่วยค้นพบว่าตนเองสามารถใช้สิ่งต่างๆ เหล่านี้มาประกอบสร้างเป็นภาพแห่งความสุขที่เกิดจากการพาตนเองย้อนกลับไปสู่เหตุการณ์ที่เป็นจริงในอดีต และพบว่าตนเองสามารถหาความสุข สงบ และเบิกบานใจได้ด้วยตนเอง



ผกา "คิดถึงวันคืนที่มีความสุขร่วมกัน กับคนในครอบครัว เอาเสื่อมาปูนอนดู จันท์เต็มดวง นับดาว ดูไปดูมาลูกก็หลับ พ่อก็หลับ แม่ก็หลับ หวังว่าสักวัน หนึ่งความสุขอย่างนี้จะหวนกลับมาอีก"

กรรมนิกร "การได้ขยับเดิน บั้นดิน) มันมีความสุขมากค่ะ มันทำให้รู้สึกถึงภาพเก่าๆ มันได้รับความเย็น ความสดชื่นของดินกับน้ำ มันทำให้รู้สึกถึงย้อนกลับไปตอนเด็กๆ สนุกมาก พอได้ขยับ ได้ยืน เสียง ได้สัมผัสความนุ่มของดินกับเสียงจากการขยับ ยิ่งสนุก"

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้าร่วมโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" ให้ความหมายการเป็นมะเร็งว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้เลือกและไม่เคยคิดว่าชีวิตของตนจะต้องมาเจอกับมะเร็ง เป็นสิ่งที่รับไม่ได้ ปฏิเสธก็ไม่ได้ แยกมะเร็งออกจากชีวิตก็ไม่ได้ ผู้ป่วยเปรียบเทียบการเป็นมะเร็งว่าเป็นปัญหาครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต เปรียบเสมือนหลุมดำ รุนแรงเหมือนคลื่นยักษ์สึนามิ เป็นต้น ประกอบกับอาการทางร่างกายที่รบกวนผู้ป่วยในแต่ละวัน โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงของยาเป็นอาการที่รบกวนความสามารถในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานให้แก่ตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" รายงานอาการที่รบกวนมาก 5 อาการ คือ ผม่วิ่ง คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย เล็บดำ และเบื่ออาหาร ที่นอกเหนือจากอาการทางกาย ผู้ป่วยสะท้อนว่าเมื่อต้องรักษาด้วยเคมีบำบัดชีวิตเหมือนจะตายแต่ไม่ตาย หวาดวิตกทุกวัน ไม่มีความสุขเลย กลุ้มใจมาก ท้อมาก ทำอะไรไม่ได้เลย ผู้ป่วยคนหนึ่งบอกว่าคิดจะหนีการรักษา ในขณะที่อีกคนหนึ่งบอกว่าเคยคิดว่าตัวเองจะเห็นว่าความจริงที่ปรากฏออกมาในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างจากที่ปรากฏในงานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมา ความจริงนี้สะท้อนให้เห็นว่าความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อเอาชนะโรคมะเร็งและเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะสามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปนั้น ไม่ได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ใจ หรือมีความสุขมากขึ้นในขณะที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับมะเร็ง

การพยาบาลที่ใช้ศิลปะเป็นสื่อกลางครั้งนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของการบำบัดที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการปฏิบัติที่พยาบาลไม่ใช้มรดกของ "ผู้รู้" มาทำหน้าที่กำหนดวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพให้ผู้ป่วย แต่พยาบาลเป็นผู้เปิดพื้นที่ที่ปลอดภัย และผ่อนคลาย และเป็นผู้อำนวยการให้ผู้ป่วยได้รู้จักความเข้มแข็ง และความกล้าที่มีอยู่ในตนเอง เพื่อลดทุกข์ทรมานต่างๆ

ที่มาจากความเป็นมะเร็งและที่ต้องผ่านกระบวนการรักษาที่มาด้วยความทุกข์ทรมานให้มากขึ้นอีก ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ 6 ประเด็นหลักนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยและการบำบัดทางคลินิกในต่างประเทศดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือสอดคล้องกับ Collie, Bottorff & Long (2011) และ Predeger (1996) ที่พบว่าศิลปกรรมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้แสดงออกทางอารมณ์ สนับสนุนความเข้มแข็งของจิตใจ ค้นพบความหมายและเป้าหมายของชีวิต และความเป็นตัวของตัวเอง Oster, Astrom, Lindh, & Magnusson (2009) ที่เห็นว่าการตระหนักรู้ความจริงที่เกิดขึ้น ความรู้สึกดีและสนุกที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการใช้ศิลปกรรมบำบัดต่ออัตลักษณ์ทางเพศและบริเวณส่วนตัวที่จำกัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคับข้องใจ ค้นหาความเชื่อมโยงที่ความสำคัญของชีวิต หาจุดลงตัวสำหรับการใช้ชีวิต และมองเห็นหาหนทางการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและคนที่ตนรักต่อไปได้อย่างคุณภาพ

ปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เข้าร่วมโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" คือ ผู้ป่วยบางคนสามารถอยู่ร่วมในแต่ละกิจกรรมได้นานเกินกว่า 2 ชั่วโมง ด้วยความรู้สึกที่สงบและผ่อนคลาย ไม่ถูกรบกวนด้วยอาการทางร่างกาย เป็นปรากฏการณ์ที่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Nainis & et al. (2006) ที่พบว่าศิลปกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดการตระหนักรู้ในตนเองและแสดงออกทางอารมณ์ในส่วนลึกของจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและสงบทางจิตใจ และพบว่าช่วยลดอาการของโรคมะเร็ง 8 อาการ จาก 9 อาการ และงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าศิลปกรรมช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและอาการทางกายที่เกิดขึ้นจากการคุกคามของโรคและการรักษา (Gaydos, 2004; Lane, 2006; Price, Arbuthnot, Benoit, Landry, Landry & Butler, 2007)

เกี่ยวกับสถานที่จัดโปรแกรมฯ ทีมผู้วิจัยพบว่าการใช้โรงพยาบาลเป็นสถานที่จัดกิจกรรมนั้นไม่มีผลกระทบต่อภาระตุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และมีสมาธิอยู่กับกิจกรรม เป็นสิ่งที่สามารถใช้ยืนยันกับแพทย์ พยาบาล และผู้บริหารถึงคุณประโยชน์ของการปรับหรือสร้างสรรค์สถานที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลให้เป็นสถานที่จัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างเสริมกระบวนการเยียวยา และส่งเสริมการรักษาของแพทย์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ และใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความหมายกับครอบครัว และตามบทบาทหน้าที่ของตนในสังคมต่อไป

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมิได้ต้องการเพียงการรักษาเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งออกจากร่างกายเท่านั้น แต่ผู้ป่วยต้องการความสมดุลในชีวิตหรืออย่างน้อยก็เป็นชีวิตที่ตนเคยมี และที่สำคัญผลการวิจัยนี้ก็แสดงให้เห็นว่าการใช้ศิลปกรรมเป็นสิ่งในกระบวนการระหว่างมนุษย์กับมนุษย์หรือในสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเปราะบางช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง รู้จักตนเอง

ในเมื่อโลกนี้ยังมีธารน้ำใจ  
แต่จิตใจก็ยังมี ลู ลู

#### คำอธิบายโดยสังเขปโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน"

โปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" มีหลักการในการจัดกิจกรรม 5 ประการ ดังนี้ (1) เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย แสวงหาความหมายของการดำรงชีวิต และความตาย ด้วยการทบทวนเส้นทางชีวิตที่เคยกำหนดไว้ ความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธาที่ผู้ป่วยยึดถือ ความเข้มแข็งในตนเอง และความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (2) เน้นการกำหนดให้มีเงื่อนไขเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมได้ มีความเป็นอิสระ ความกล้าและเบิกบานในการเผชิญหน้ากับความทุกข์กายและใจ (3) เน้นการอยู่ร่วมกันของสมาชิกกลุ่มในบรรยากาศสบาย ผ่อนคลาย และปลอดภัย

เคารพตนเอง กระตุ้นกระบวนการเยียวยาที่มีอยู่ในผู้ป่วย อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสร้างสรรค์วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม วิธีใช้ชีวิตสู่ความสมดุล อย่างมีความหมาย และมีศักดิ์ศรี มีความพร้อมที่จะเปิดรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น มองเห็นความเป็นไปได้ที่หลากหลายในการเป็นและอยู่กับโรคและการรักษาที่อาจนำความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานมาให้ (Watson, 1988, 1999) บทบาทอิสระของพยาบาลเช่นนี้ช่วยขยายความเป็นไปได้ของศาสตร์การดูแลมนุษย์ที่บูรณาการวิทยาศาสตร์ ศิลปะ ความงาม และจิตวิญญาณ หรือช่วยทำให้ข้อจำกัดของการใช้วิทยาศาสตร์เพื่อการดูแลกลายเป็นความเป็นไปได้ อย่างไรก็ตามพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาวิธีการประเมินผลลัพธ์และกำหนดระยะเวลาให้เหมาะสมกับวิธีการบำบัดทางการพยาบาลด้วย

บทสรุปของผู้ป่วยคนหนึ่งสะท้อนความรู้สึกต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้เป็นอย่างดี ด้วยการกล่าวว่า "ในปีหนึ่งถ้าฉันมีชีวิตที่มีความสุขได้อย่างนี้ (อย่างที่ไต่จากการเข้าร่วมโปรแกรม) ฉันก็พอใจแล้ว" ในขณะที่ยกคนหนึ่งเขียนเป็นบทกลอน ดังนี้

ถึงร่างกายจะแยะแคไหน  
และอยู่อย่างเบิกบาน

(4) เน้นการคิดและกระทำที่ไม่เบียดเบียนหรือนำไปสู่ความรู้สึกเดือดร้อนใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง และ (5) เน้นการใช้ศิลปะเป็นสิ่งแสดงความคิด ความรู้สึก และตัวตนของผู้ป่วยโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: สายธารแห่งชีวิต ใช้เวลา 2½ - 3 ชั่วโมง เน้นการใคร่ครวญเส้นทางชีวิตที่นำไปสู่การค้นพบชีวิตส่วนที่นิ่งสงบอยู่ภายใน คือ ความเป็น "เด็กน้อย" อันเป็นสัญลักษณ์แห่งความร่าเริงเบิกบาน ความสนุกสนาน ความกล้า ความคิดสร้างสรรค์จินตนาการ และความเป็นอิสระ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๕๘

กิจกรรมที่ 2: ปลอดภัยใช้เวลา 2 ½ - 3 ชั่วโมง เน้นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่คับข้องใจ หรือไม่สามารถควบคุมได้ แล้วท้าทายให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่หรือความเป็น "เด็กน้อย" เยียวยาความรู้สึกดังกล่าว ด้วยต่างหับทิมกับสีน้ำ

กิจกรรมที่ 3: รังสรรค์...ปั้นแต่ง ใช้เวลา 2 ½-3 ชั่วโมง เป็นการปลูกเด็กน้อยให้ตื่นขึ้นหรือกลับมีชีวิตอีกครั้ง แล้วรังสรรค์ปั้นแต่งดินเหนียวให้เป็นอะไรก็ได้ตามแต่ใจหรือความรู้สึก ณ ขณะนั้นจะพาไป

กิจกรรมที่ 4: ดอกไม้ในใจคุณใช้เวลา 2 ½ -3 ชั่วโมง เน้นการใช้ดอกไม้กระตุ้นให้ผู้ป่วย

สะท้อนความเป็นตัวตน (บางประการ) และแสดงความกล้าแสดงตัวตนท่ามกลางบุคคลอื่น

กิจกรรมที่ 5: สิ่งเล็กๆ ที่เรียกว่าความสุข ใช้เวลา 2 ½ -3 ชั่วโมง เน้นให้ผู้ป่วยใช้คุณลักษณะของเด็กน้อยที่ผู้ป่วยค้นพบจากกิจกรรมที่ผ่านมา ประกอบภาพตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้นด้วยเศษวัสดุหลากหลายชนิด และหลากสีล้น

กิจกรรมที่ 6: แต่งแต้ม...เติมเต็มใช้เวลา 2 ½-3 ชั่วโมง เน้นการใคร่ครวญถึงประสบการณ์การเรียนรู้จากกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและนำเสนอเป็นภาพที่สะท้อนประสบการณ์การเรียนรู้ของกลุ่ม

### บรรณานุกรม

- จุฬารวรรณ สุรกุล. (2549). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิดารัตน์ ชูวิเชียร. (2550). "ผลของศิลปะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ". *พยาบาลสาร*. 34(4): 45-57.
- พัชรินทร์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง. (2550). ศิลปะบำบัดในโรงพยาบาล. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และ ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- วรรณมา บัดทพัต, สายใจ พัวพันธ์ และสงวน ธานี. (2553). "การบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม". *วารสารคุณภาพการพยาบาล*. (1), 17-28.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). *รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ฉบับที่ 27*. หน่วยงานทะเบียนสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สายใจ พัวพันธ์, สาวิตรี หลีกทอง, พรพรรณ ศรีโสภะ, ลาวัลย์ รักษาเวศ และพิชญภา พิษะยะ. (2557). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้ศิลปกรรมในโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัดและครอบครัวของผู้ป่วย*. สนับสนุนโดย สำนักงานบริหารโครงการวิจัยในอุดมศึกษาและพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีงบประมาณ 2555.

- Collie, K.; Bottorff, J. & Long, B.C. (2011). "A narrative view of art therapy and art making by women with breast cancer". *Journal of Health Psychology* . 11(5): 761-775.
- Gaydos, H.L.B. (2004). "Making Special : A framework for understanding the art of holistic nursing". *Journal of Holistic Nursing*. (22): 152-163.
- Kristina, G., Heide, G., Marianne, B., Evelyn, K., Diana, R., and Susanne, S. (2010). "An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research". *Complementary Therapies in Medicine*. (18): 160-170.
- Lane, M. R. (2006). "Arts in health care: A new paradigm for holistic nursing practice". *Journal of Holistic Nursing* . (24): 70-75.
- Morse, J.M. & Johnson, J.L. (1991). *The Illness Experience: Dimension of Suffering*. CA: SAGE Publication.
- Nainis, N. et al. (2006). "Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy". *Journal of Pain and Symptom management* . 31(2): 162-169.
- Oster, I., Astrom, S., Lindh, J. & Magnusson, E. (2009). "Women with breast cancer and gendered limits and boundaries: Art therapy as a 'safe space' for enacting alternative subject positions". *The Art in Psychotherapy*. ( 36): 29-38.
- Predeger, E. (1996). "Womanspirit : A journey into healing through art in breast cancer". *Advances in Nursing Sciences*. 18(3): 48-58.
- Price, S., Arbuthnot, E., Benoit, R., Landry, D., Landry, M. & Butler, L. (2007). "The art of nursing: Communication and self-expression". *Nursing Science Quarterly*. (20): 155-160.
- Puig, A., Lee, S.M., Goodwin, L. Sherrard, P.A.D. (2006). "The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study". *The Arts in Psychotherapy*. (33): 218-228.
- Sammarco, A. (2009). "Quality of life of breast cancer survivors". *Cancer Nursing*. 32(5): 347-356.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care : A Theory of Nursing*. New York: NLN.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. New York: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2008). *Nursing : The Philosophy and Science of Caring*. Revised edition. Colorado: The University Press of Colorado.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง  
ในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่\*

The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent  
Self-extubating in Critical Adult Patients

อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์\*\*

พัชราพร บัวคล้าย\*\*

พิมพ์ภา คงสกุล\*\*

บทคัดย่อ

การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤต จึงควรมีการป้องกันปัญหานี้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร พัฒนาแนวปฏิบัติจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และประยุกต์ขั้นตอนตามกรอบแนวคิดแบบจำลองของไอโอวา (IOWA) และนำไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตามเกณฑ์เครื่องมือประเมินของอะกรี (Appraisal of guidelines for research and evaluation: AGREE instruments) การประเมินคุณภาพได้คะแนนร้อยละ 78.80 และผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงมติให้สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ 5 กิจกรรม คือ

ระยะที่ 1) ระยะประเมินความเสี่ยงการดึงท่อช่วยหายใจออก กิจกรรมที่ 1 และระยะที่ 2) ระยะการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจออก มี 4 กิจกรรม ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทดลองใช้กับผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่าขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมสามารถปฏิบัติได้ทุกขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 100 อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่เกิดอุบัติเหตุการดึงท่อช่วยหายใจ จึงได้ทบทวนและเพิ่มความรู้ให้กับพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ แล้วจึงเก็บข้อมูลอีกครั้งในผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 20 ราย พบว่าไม่เกิดอุบัติเหตุการดึงท่อช่วยหายใจออก

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์เป็นกุญแจแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยงาน

\*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงานมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑลารพ กมลาศน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

### Abstract

Self-extubating is a problem commonly found in the intensive care unit which the prevention is needed. The purpose of this study was to develop a clinical nursing practice guideline (CNPG) to prevent self-extubating in the intensive care unit, Samutsakorn Hospital. The IOWA model was used as a conceptual framework to develop CNPG. The recommendations given from 5 experts were validated by using criteria of the appraisal of guidelines for research and evaluation (The AGREE instruments). The appraisal result was 78.80% in the domain score, the 5 experts agreed to the use of the CNPG. The CNPG to prevent self-extubating in critical adult patients consisted of two stages including five activities: Stage 1: assessment of risks of self-extubating having one activity, and Stage 2: nursing intervention for preventing

self-extubating having 4 activities.

The CNPG was tested in July 2015 with 10 adult patients in intensive care unit, Samutsakorn Hospital. The result revealed that every step of each activity can be implemented for 100%. However, there were 3 patients had extubated. Therefore, review of knowledge and provide more information to nurses and nurse assistants were performed. Afterward, the CNPG was tested again with 20 patients, and no incidence of self-extubating was found.

Clinical practice guideline focusing on process of implementation and outcomes are one of the key success in health care provision of each institution. To apply the CNPG to prevent self-extubating, modification for the suitability of a particular institution is recommended.

### ความสำคัญและที่มา

การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตให้รอดชีวิตจากภาวะวิกฤต และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้นั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากผู้มีความรู้ ความสามารถ และอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยอย่างเหมาะสม เครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการประคับประคอง ผู้ป่วยให้รอดชีวิตจากภาวะหายใจวาย โดยลดกำลังที่ใช้ในการหายใจ (Work of breathing) สำหรับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้เกิดประสิทธิภาพนั้น ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ

ซึ่งเป็นตัวกลางที่เชื่อมต่อระหว่างเครื่องช่วยหายใจกับปอดของผู้ป่วย ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) เป็นอุปกรณ์ที่เป็นช่องทางผ่านของอากาศหรืออุปกรณ์ที่ช่วยเพิ่มทางผ่านของออกซิเจนให้แก่ร่างกาย โดยจะสอดใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดลมโดยตรง การใส่ท่อช่วยหายใจใส่ได้ทั้งทางปากหรือทางจมูกเป็นหัตถการที่พบบ่อยในห้องผู้ป่วยวิกฤต และฉุกเฉินในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจล้มเหลว

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๕๘

ระบบไหลเวียนลึ้มเหลว ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดนานมากกว่า 2 ชั่วโมง หรือต้องได้รับการช่วยเหลือพื้นคืนชีพ ซึ่งอาจเกิดปัญหาทางเดินหายใจ และการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องใช้ออกซิเจน หรือเครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันภาวะหายใจลึ้มเหลว

การใส่ท่อช่วยหายใจแม้จะมีประโยชน์ และสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยระยะวิกฤต แต่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า เกิดขึ้นบริเวณหลอดลมคอ จากการเสียดสีของท่อช่วยหายใจกับอวัยวะหลายตำแหน่ง เช่น หลอดลมคอ เยื่อหลอดลมคอ ปาก ฟัน ลิ้น หลอดคอ กล้องเสียง หลอดลมเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อดังกล่าว เกิดความเจ็บปวดทั้งขณะใส่ และคาท่อช่วยหายใจ (Divatia & Bhowmick, 2005) เนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวเกิดการบาดเจ็บได้ กล้องเสียงที่ถูกกดด้วยท่อช่วยหายใจทำให้สายเสียงไม่เคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถพูดมีเสียง ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ก่อให้เกิดความคับข้องใจ อึดอัด จากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถบอกความรู้สึก ความต้องการของตนเองกับผู้อื่นได้ การที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปาก ไม่ได้ดื่มน้ำ นอกจากนี้ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ไม่ใช้การหายใจตามธรรมชาติ ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยตัดสินใจดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง (Self extubation) การดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง ถือเป็นอุบัติการณ์ที่แพทย์และพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักมีความกังวล เพราะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแล คุณภาพการบริการผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง จะเกิดการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณกล่องเสียง หลอดลม เกิดการอักเสบ ซึ่งบางครั้งต้องช่วยฟื้นคืนชีพ อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ หรือบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ

ห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตด้านศัลยกรรมและศัลยกรรมประสาทระหว่าง พ.ศ. 2555-2557 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเท่ากับ 3.63, 3.73 และ 7.19 ครั้ง

ต่อ 1000 วัน คาท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ (สถิติห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร) สำหรับห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตด้านอายุรกรรมระหว่าง พ.ศ. 2555-2557 พบอุบัติการณ์ดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง 23.20, 22.84, และ 17.81 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจตามลำดับ (สถิติห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลสมุทรสาคร) จะเห็นว่าอุบัติการณ์ดึงท่อช่วยหายใจมีอัตราที่สูง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guideline) ตามแบบจำลองของไอโอวา (IOWA model of evidence based practice to promote quality care, 2001) โดยทิทเลอร์และคณะ (Titler, et al., 2001)

### คำถามการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันการผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันการผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง โรงพยาบาลสมุทรสาคร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันการผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง และทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยพิจารณาใช้กรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guideline) ตามแบบจำลองของไอโอวา (IOWA model of evidence based practice to promote quality care, 2001)

โดยทิทเลอร์และคณะ (Titler, et al., 2001) ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองมีขั้นตอนพัฒนา 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ซึ่งได้จากการปฏิบัติงานหรือองค์ความรู้ที่มีอยู่ (Identification of problem or knowledge focused triggers) 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัยต่างๆ (Assembly of relevant research) 3) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล (Critique, determination of sufficiency of research base) 4) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ 5) คึกษานำร่องเพื่อทดสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองและหลังจากนั้นผู้วิจัยปรับแก้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของการปฏิบัติงานจริง

### วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบจำลองของไอโอวา (IOWA model of evidence based practice to promote quality care, 2001) โดยทิทเลอร์และคณะ (Titler, et al., 2001) มาประยุกต์ใช้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองโดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ซึ่งได้จากการปฏิบัติงานหรือองค์ความรู้ที่มีอยู่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ห้องผู้ป่วยหนัก 1 ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตด้านคัดลยกรรม และคัดลยกรรมประสาท และห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลสมุทรสาครซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตด้านอายุรกรรมพบอุบัติการณ์ดึงท่อช่วยหายใจมีอัตราที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ จากภาวะหายใจเหนื่อย ขาดออกซิเจน เส้นเลือด

ได้รับการบาดเจ็บเกิดอาการบวม ใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก บางรายเกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว เต็มปอดจั่งหะหรือเดินช้า ซึ่งอาจต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ถือเป็นอุบัติการณ์ที่แพทย์และพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก อีกทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ใช้ชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงนำเสนอปัญหาเข้าที่ประชุมในหอผู้ป่วยซึ่งได้รับความเห็นชอบว่าเป็นปัญหาที่พยาบาลควรนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัยต่างๆ การทบทวนวรรณกรรมทุกระดับทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) ที่ดีพิมพ์เผยแพร่โดยหน่วยงานที่ยอมรับได้ วิธีค้นหาหลักฐานจากระบบฐานข้อมูล สืบค้นจากฐานข้อมูลการวิจัย และแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สืบค้นในฐานข้อมูลที่ให้แนวทางปฏิบัติ (Guideline) ได้แก่ Nation guideline clearing house จาก [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) สืบค้นในฐานข้อมูลเฉพาะที่เป็นงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่ CINAHL สืบค้นจากงานวิทยานิพนธ์ของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย ได้แก่ [www.li.mahidol.ac.th/library/nse.html](http://www.li.mahidol.ac.th/library/nse.html), [www.kku.ac.th](http://www.kku.ac.th), ผิดพลาด! การอ้างอิงการเชื่อมโยงหลายมิติไม่ถูกต้องใช้คำสำคัญในการค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ Self extubation, Unplan extubation, Guideline for prevent self extubation, Guideline for prevent unplan extubation ป้องกันท่อช่วยหายใจหลุด ดึงท่อช่วยหายใจ

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัยตามแนวทาง ผู้วิจัยใช้การประเมินคุณภาพ และความเข้มแข็งของหลักฐานของสเตรเจอร์และคณะ (Stetler, et al., 1998) และประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ตามเกณฑ์ของโพลิต เบ็ค และฮังเกอร์ (Polit, Beck, and Hungler, 2001) ซึ่งแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐาน

ซึ่งจำแนกเป็น 7 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์เมต้าของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ระดับ 2 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดียิ่งอย่างน้อย 1 เรื่อง ระดับ 3 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ระดับ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและหรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยตั้งข้อสงสัยใจออกด้วยตนเอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ การตรวจสอบคุณภาพและความตรงของแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตามเกณฑ์ของ AGREE Collaboration (The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation) แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แก้ไขให้ครอบคลุม ที่จะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ในประเด็น 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose) แนวปฏิบัติต้องมีข้อความระบุวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ ปัญหาทางคลินิกที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มผู้รับบริการเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2) มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) แนวปฏิบัติต้องระบุถึง

ผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3) มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Rigour of development) แนวปฏิบัติต้องระบุกระบวนการรวบรวมและการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติวิธีการสร้างข้อสรุป วิธีปฏิบัติที่แนะนำ และวิธีการทำให้แนวปฏิบัติมีความทันสมัย 4) มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation) ด้านรูปแบบการนำเสนอแนวปฏิบัติและภาษาที่ใช้ 5) มิติด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Applicability) ต้องมีการระบุเกี่ยวกับองค์กร ที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ อุปสรรค และค่าใช้จ่าย พฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 6) มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ (Editorial independence)

ขั้นตอนที่ 5 คึกขานำร่อง เพื่อทดสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตั้งข้อสงสัยใจออกด้วยตนเองผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันการตั้งข้อสงสัยใจออกด้วยตนเอง โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนักจำนวน 10 ราย ผลการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยตั้งข้อสงสัยใจออกด้วยตนเอง โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีจำนวน 66 เรื่อง สามารถนำมาใช้ได้จริง 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25.76 ซึ่งประกอบด้วย หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดียิ่งอย่างน้อย 1 เรื่อง สืบค้นได้จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มจำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดีจำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 4 เรื่อง รวมหลักฐานที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยตั้งข้อสงสัยใจออกด้วยตนเอง โรงพยาบาลสมุทรสาคร ทั้งสิ้น 18 เรื่อง

ภายหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามเกณฑ์ของ AGREE Collaboration (The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation) ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 78.80 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ให้ข้อสรุปตรงกันว่า สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลสมุทรสาครได้

สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยดิ่งต่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง โรงพยาบาลสมุทรสาครซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ 5 กิจกรรม

1. ระยะประเมินความเสี่ยงการดิ่งต่อช่วยหายใจออก

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความเสี่ยงการดิ่งต่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองใช้แบบประเมินการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (Motor activity assessment scale: MAAS) ซึ่งมี เกณฑ์ประเมินการเคลื่อนไหวมี ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่ตอบสนอง ไม่เคลื่อนไหวหรือ ตอบสนองต่อการกระตุ้นอย่างรุนแรง

1 คะแนน หมายถึง ตอบสนองต่อการกระตุ้นอย่างรุนแรงเท่านั้น ลืมตาหรือเลิกคิ้วขึ้น หรือ หันศีรษะหรือขยับแขนขา เมื่อได้รับการกระตุ้นอย่างรุนแรง เช่น การดูดเสมหะ การกดเล็บ การกดหน้าอก

2 คะแนน หมายถึง ตอบสนองต่อการสัมผัสหรือเรียกชื่อ ลืมตาหรือเลิกคิ้วขึ้น หรือส่ายศีรษะเมื่อถูกกระตุ้น หรือขยับแขนขาเมื่อถูกสัมผัส หรือเรียกชื่อต่างๆ

3 คะแนน หมายถึง สงบและให้ความร่วมมือ รู้สึกตัวดี สามารถเคลื่อนไหว และทำตามสั่งได้ โดยไม่ต้องมีการกระตุ้น

4 คะแนน หมายถึง กระสับกระส่าย แต่ยังให้ความร่วมมือ รู้สึกตัว สามารถทำตามสั่งได้แต่อาจกำลังแกะเชือกผูกท่อช่วยหายใจ หรืออาจกำลังดิ่งต่อช่วยหายใจ หรือควบคุมตัวเองไม่ได้

5 คะแนน หมายถึง กระวนกระวาย ทำตามสั่งบางครั้ง และพยายามลุกนั่งหรือขยับแขนขาขึ้นออกนอกเตียง เช่น จะนอนลงเมื่อมีคนขอร้องแต่ไม่ขาก็จะลุกนั่งอีก หรือยื่นแขนออกนอกเตียงอีก

6 คะแนน หมายถึง กระวนกระวายมากจนอาจเป็นอันตรายไม่ทำตามสั่ง และพยายามลุกนั่งหรือดิ้นไปมาเพื่อพยายามปีนเตียงลงจากเตียง พยายามดึงท่อช่วยหายใจ หรือสายอุปกรณ์ต่างๆ หรือทำร้ายเจ้าหน้าที่เมื่อมีการขอร้องก็ยังไม่สงบ

การประเมินความเสี่ยงการดิ่งต่อช่วยหายใจใช้แบบประเมินการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (MAAS) ทุกรายตั้งแต่ แรกรับผู้ป่วยและแรกรับของทุกเวร ถ้าคะแนน MAAS ได้คะแนน 0-3 ให้ประเมินผู้ป่วยทุก 8 ชั่วโมง คะแนน MAAS ได้คะแนน 4-6 ให้ประเมินผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง โดยคะแนน MAAS ได้คะแนน 4 หรือ 5 ให้ค้นหาและแก้ตามสาเหตุก่อนการผูกยึด แต่ คะแนน MAAS ได้คะแนน 6 ให้ผูกยึดทันที ค้นหาและแก้ตามสาเหตุ ถ้าไม่ทราบให้รายงานแพทย์

2. ระยะการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการดิ่งต่อช่วยหายใจออก

กิจกรรมที่ 2 การยึดตรึงท่อช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ

1) การติดพลาสติกยึดท่อช่วยหายใจกรณีใส่ท่อทางปาก จัดท่ออยู่ที่มุมปาก ติดพลาสติกที่แก้มข้างใดข้างหนึ่ง พันรอบท่อช่วยหายใจมาติดที่แก้มด้านตรงข้าม โดยใช้พลาสติกผ้า 2 แผ่น ขนาดความกว้างประมาณ 1.5 เซนติเมตร ความยาวเหมาะสมกับความกว้างของใบหน้าผู้ป่วย ติดเป็นรูปตัว X หรือ (Four point technics)

2) กรณีใส่ท่อทางจมูกตัดปลายพลาสติกครึ่งหนึ่งเป็น 2 แฉกปิดพลาสติกปลายที่ไม่ได้ตัดตามแนวตั้งจมูก ส่วนที่ตัดเป็น 2 แฉกพันรอบท่อ ในทิศทางที่สวนกัน

3) กรณีผู้ป่วยกัดท่อ/ขยันท่อ ให้ใส่ Oral air way ในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

4) ผู้ก่อกำกับติดพลาสติกเกอร์ ในการยึดท่อช่วยหายใจโดยใช้เชือกเป็นผ้าก๊อสม้วนขอบ ผู้ก่อกำกับช่วยหายใจแบบเงื่อนตาย พาดปลายเชือกทั้งสองด้านผ่านเหนือใบหู อ้อมไปผูกด้านหลังศีรษะ แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ต้องคอยดูแลภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผูกยึดท่อช่วยหายใจ

กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

การให้ข้อมูลผู้ป่วย แนะนำหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ อธิบายวัตถุประสงค์ของการใส่ท่อช่วยหายใจ ลักษณะของท่อช่วยหายใจที่ผู้ป่วยใช้ แสดงตัวอย่างหรือรูปภาพ อธิบายตำแหน่งการใส่คอท่อช่วยหายใจ อธิบายผลที่เกิดขึ้นจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่นการพูดไม่มีเสียง การรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ อธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะใส่ท่อช่วยหายใจการใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การเคาะปอด การพลิกตะแคงตัว การขอความช่วยเหลือการสื่อสารข้อมูล

กิจกรรมที่ 4 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเครื่องช่วยหายใจ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการหย่าเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรการหายใจที่พัฒนาโดย ดวงรัตน์ ชาติแดนไทย (2550) ได้พัฒนาตามแบบจำลองของไอโอวา (IOWA Model) ซึ่งอรวรรณ สมบูรณ์จันทร์ (2551) ได้นำมาศึกษาเพิ่มเติมเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองกับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลสมุทรสาคร และได้ปรับแก้ให้เหมาะสมกับบริบท โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ 3) ระยะถอดท่อช่วยหายใจ

กิจกรรมที่ 5 การใช้แนวปฏิบัติการผูกมัดร่างกายผู้ป่วย

การใช้แนวปฏิบัติการผูกมัดร่างกายผู้ป่วย ถ้าคะแนน MASS 0-3 ไม่ต้องผูกมัดร่างกายผู้ป่วย เมื่อคะแนน MASS 4 ผูกยึดแขน 2 ข้าง และสังเกตอาการ ประเมิน MAAS ทุก 2 ชั่วโมงคะแนน MASS 5 ผูกยึดแขน 2 ข้าง ขา 2 ข้าง และสังเกตอาการ ประเมิน MAAS ทุก 2 ชั่วโมง และคะแนน MASS 6 ผูกยึดแขน 2 ข้าง ขา 2 ข้าง และลำตัวรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ Sedative drug และสังเกตอาการ ประเมิน MAAS ทุก 2 ชั่วโมง

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับความรู้สึกรู้ตัว และ ประสิทธิภาพการใส่ท่อช่วยหายใจ (N=10)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	7	70.00
หญิง	3	30.00
<b>อายุ</b>		
20-30 ปี	3	30.00
31-45 ปี	0	0.00
46-60 ปี	2	20.00
มากกว่า 60 ปี	5	50.00
$\bar{x} = 51.80$ ปี, S.D. = 21.35		
<b>คะแนน MAAS แรกรับในการดูแล</b>		
3	5	50.00
4	3	30.00
6	2	20.00
<b>ประสิทธิภาพการใส่ท่อช่วยหายใจ</b>		
ไม่มี	10	100.00
มี	0	0.00
<b>อุบัติการณ์ตั้งท้องช่วยหายใจออก</b>		
ไม่เกิดอุบัติการณ์ตั้งท้องช่วยหายใจออก	7	70.00
เกิดอุบัติการณ์ตั้งท้องช่วยหายใจออก	3	30.00

ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยตั้งท้องช่วยหายใจออกด้วยตนเอง โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนัก ช่วงเดือนกรกฎาคม 2558 จำนวน 10 รายความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติการ

พยาบาลไปใช้ได้กับผู้ป่วยได้ทุกขั้นตอนคิดเป็น ร้อยละ 100 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 เพศหญิง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ค่าคะแนน MAAS แรกรับในการดูแล เท่ากับ 3 คะแนน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 MAAS เท่ากับ 4 คะแนน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 MAAS เท่ากับ 6 คะแนน 2 คน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๕๘

คิดเป็นร้อยละ 20.00 ทุกคน ไม่มีประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดอุบัติการณ์ตั้งท่อช่วยหายใจออก 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3 จากผลการนำร่องครั้งนี้ยังพบอุบัติการณ์การตั้งท่อช่วยหายใจออก จึงได้ทบทวนแนวปฏิบัติ ในกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงการตั้งท่อช่วยหายใจซึ่งใช้แบบประเมินการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (MAAS) ทุกรายตั้งแต่ แรกรับผู้ป่วยและแรกรับของทุกเวร ซึ่งมีการปรับแก้ดังนี้

คะแนน MAAS เท่ากับ 0-2 เดิมให้ประเมินทุก 8 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็นประเมินทุก 4 ชั่วโมง

คะแนน MAAS เท่ากับ 3 เดิมให้ประเมินทุก 8 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็นประเมินทุก 2 ชั่วโมง

คะแนน MAAS เท่ากับ 4-6 ให้ประเมินทุก 8 ชั่วโมง เช่นเดิม

เหตุผลที่เปลี่ยนแปลงการประเมินเนื่องจากพบว่าระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลให้ค่าคะแนน MAAS เปลี่ยนแปลงเช่นกัน จึงเพิ่มความถี่ในการประเมิน MAAS และให้ความรู้ในการป้องกันผู้ป่วยตั้งท่อช่วยหายใจออกของผู้ป่วยกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุกคน

เมื่อปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยตั้งท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองแล้วได้ทำการเก็บข้อมูลอีกครั้งในผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 20 ราย

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับความรู้สึกตัว และ ประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ (N=20)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	14	70.00
หญิง	6	30.00
<b>อายุ <math>\bar{x}</math> = 51.35 ปี, S.D. = 19.48</b>		
20-30 ปี	4	20.00
31-45 ปี	2	10.00
46-60 ปี	8	40.00
มากกว่า 60 ปี	6	30.00
<b><math>\bar{x}</math> = 51.35 ปี, S.D. = 19.48</b>		
<b>คะแนน MAAS แรกรับในการดูแล</b>		
3	12	50.00
4	8	30.00
<b>ประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ</b>		
ไม่มี	10	100.00
มี	0	0.00
<b>อุบัติการณ์ตั้งท่อช่วยหายใจออก</b>		
ไม่เกิดอุบัติการณ์ตั้งท่อช่วยหายใจออก	20	100.00

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้กับผู้ป่วยได้ทุกขั้นตอนคิดเป็น ร้อยละ 100 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 14 คน เพศหญิง 6 คน อายุเฉลี่ย 51.35 ปี ค่าคะแนน MAAS แรกรับในการดูแล เท่ากับ 3 คะแนน 12 คน MAAS เท่ากับ 4 คะแนน 8 คนไม่มีประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีประสบการณ์ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ไม่เกิดอุบัติการณ์การดิ่งต่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองโดยผู้ป่วย

### การอภิปรายผล

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติกรพยาบาลเป็นสิ่งท้าทายสำหรับพยาบาลทุกคนการทบทวนการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อแสวงหาสิ่งใหม่และค้นหาวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางการพยาบาลจะทำให้มีการใช้ข้อมูลที่มีการศึกษาวิจัยเพื่อการตัดสินใจในคลินิกมากกว่าการปฏิบัติตามแนวทางเดิมๆ ที่ได้จากการประกอบการซึ่งข้อมูลวิจัยที่มีกระบวนการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เป็นข้อมูลที่พยาบาลนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจได้ดีกว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ใดผู้หนึ่งแสดงความคิดเห็น (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย คณะกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์, 2558) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาแก้ไขปัญหการดิ่งต่อช่วยหายใจของผู้ป่วยได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามกรอบแนวคิดแบบจำลองของไอโอวา (IOWA) ซึ่งแบบจำลองนี้เชื่อว่าปัญหาที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติ เกิดจากตัวกระตุ้น 2 ทาง คือ 1) Problem-focused trigger ได้แก่ ข้อมูลจากการบริหารความเสี่ยง และ 2) Knowledge-focused trigger ได้แก่ งานวิจัยใหม่ๆ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) แนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยดิ่งต่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองโรงพยาบาลสมุทรสาครพัฒนาโดยมีทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงในแผนก ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทางศัลยกรรม

และอายุรกรรมมีความเข้าใจในบริบทของหน่วยงาน นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความน่าเชื่อถือว่าได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามเกณฑ์ของ AGREE Collaboration (The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation) ที่สามารถใช้อย่างกว้างขวางกับแนวปฏิบัติในทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งการแพทย์และการพยาบาล เพื่อประเมินแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากกลุ่มบุคลากรทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับชาติและนานาชาติ ทั้งนี้เครื่องมือ AGREE สามารถนำไปประเมินได้ทั้ง แนวปฏิบัติใหม่ แนวปฏิบัติที่มีอยู่เดิม และแนวปฏิบัติที่มีอยู่เดิมและได้รับการปรับปรุงใหม่ให้มีความทันสมัย (ตากลุ ช่างไม้, 2549)

จากการทดสอบทางคลินิกใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันผู้ป่วยดิ่งต่อช่วยหายใจกับผู้ป่วย 10 ราย ยังพบอุบัติการณ์การดิ่งต่อช่วยหายใจ ทำให้ต้องปรับการประเมินความเสี่ยงการดิ่งต่อช่วยหายใจให้มีความถี่มากขึ้นและให้ผู้ป่วยเหลือคนใช้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และเมื่อนำแนวปฏิบัติ ไปทดสอบกับผู้ป่วยกลุ่มใหม่ 20 ราย ไม่พบอุบัติการณ์การดิ่งต่อช่วยหายใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การประเมินความเสี่ยงการดิ่งต่อช่วยหายใจ และกิจกรรมการพยาบาลป้องกันการดิ่งต่อช่วยหายใจ พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสู่การปฏิบัติงานประกอบกับการให้ความรู้และชี้แจงประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติ ดังกล่าวเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย อีกทั้งทีมผู้วิจัยคอยให้คำปรึกษาในการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติดังกล่าวไม่ดิ่งต่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานของ สมจิตต์ แสงศรี (2555) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ในหออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งทดลองใช้กับผู้ป่วย 32 ราย แล้วไม่เกิดอุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน

**ข้อเสนอแนะ**

ด้านการพยาบาล เนื่องจากแนวปฏิบัติหนึ่งที่ตั้งขึ้นนี้ได้มีการศึกษานำร่องของบางหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ควรปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานก่อนนำไปใช้ทดลอง

ด้านการศึกษา ควรสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม

ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันผู้ป่วยตั้งท่อช่วยหายใจออกด้วยตัวเอง เช่น นวัตกรรมการยึดท่อช่วยหายใจ นวัตกรรมผ้าผูกยึดที่ปลอดภัย

ด้านการวิจัย ควรทำวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ตลอดจนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติประเมินโดยพยาบาลในแต่หน่วยงาน

**เอกสารอ้างอิง**

ดวงรัตน์ ซาติแดนไทย. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการหยาเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรการหายใจ หน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

นภัสภรณ์ ดวงแก้ว. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทนนชัย บุญบุรพงค์. (2552). การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บ้านหนังสือโกสินทร์.

ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.

ศากุล ช่างไม้. (2549). "การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและประเมินผล". วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 12(1): 15-23.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยคณะกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์. (2558). *Closing the gap from evidence to action*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2558. จาก <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2012.pdf>.

สมจิตต์ แสงศรี. (2555). การพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมพร พฤกษ์ทวีศักดิ์. (2555). "ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า". วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4. 14(1): 39-46.

- AGREE Collaboration. (2001). *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument*. [Online]. Retrieved October 12, 2011. From, [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org) .
- Divatia, J. V., & Bhowmick, K. (2005). "Complications of endotracheal intubation and other airway management procedures". *Indian Journal of Anesthesia*. 49(4): 308- 318.
- Eller, et al. (2006). "Expandable tracheal stenting". *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 115(4): 247- 252.
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E. (2005). *Using models and strategies for evidence- based practice. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. Philadelphia: R.R.Donnelly- Crawfordsville.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hunger, B. P. (2001). *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott compang.
- Richmond, A. L., Jarog, D. L., & Hanson, V. M. (2004). "Unplanned extubation in adult critical care: quality improvement and education payoff". *Critical Care Nurse*. 24(1): 32- 37.
- Titler, M. G., et al. (2001). "The IOWA model of evidence- based practice to promote quality care". *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1(3): 409-509.



ผลของโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิต ต่อความพร้อมในการเป็นแม่  
ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนา  
Effects of the Building Thread of Life Program on  
Motherhood Readiness of Teenager Having First Time Unwanted  
Pregnancy

นฤมล ลุ่มศักดิ์สวัสดิ์ \*

ชลีนา เนื่องจำนงค์ \*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตต่อความพร้อมในการเป็นแม่ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนา กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แบบไม่พึงปรารถนาเป็นครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลบางละมุง จากการจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่าง 25 คนเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตตามแนวคิดการมุ่งหาทางออก และอีก 25 คน เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 24 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลความพร้อมในการเป็นแม่ด้วยแบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ มาตรฐานวัดความตั้งใจในการเลี้ยงบุตร และมาตรฐานวัดระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเป็นแม่ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนาในกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 2) คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเป็นแม่หลังการทดลองเสร็จสิ้นของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนาในกลุ่มทดลองสูงกว่าหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตไปบูรณาการกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด และควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลระยะยาวเพื่อศึกษาการคงอยู่ของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและบุตร และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อพัฒนาการของเด็ก และคุณภาพชีวิตของทั้งมารดาและบุตร

\*กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

### Abstract

The purpose of this quasi - experimental study was to examine the effects of the Building Thread of Life Program based on Solution Focused Brief Therapy on motherhood readiness of teenage having first time unwanted pregnancy. Using random assignment drawing the names of 50 qualified samples who registered in the Health Promotion Department, Banglamung Hospital during January to June 2015, there were 25 in the experiment group and 25 in the control group. Building Thread of Life Program was provided for the experiment group and usual home visit was provided to the control group. Examining mental readiness before and after experiment was performed by measuring 1) affectionate bonding between the mother and the infant, 2) motherhood intention, and 3) breastfeeding duration. Descriptive statistics and T-test were adopted for the data analysis.

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) ให้นิยาม "วัยรุ่น" ไว้ว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุ 10-19 ปี และได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานเฝ้าระวังสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นไว้ว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์จะต้องไม่เกินร้อยละ 10 จากผลงานการให้บริการประชากรในเขตเมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรีในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 898 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.34 ของผู้คลอด

The results of the analysis included 1) Motherhood readiness scores of teenagers with unwanted pregnancy in the experimental group after experiment was significantly higher than before the experiment ( $p < .001$ ), and 2) Motherhood readiness scores of teenagers with unwanted pregnancy in the experimental group after experiment was significantly higher than the scores of teenagers with unwanted pregnancy in the experimental group after usual home visit ( $p < .001$ ).

In conclusion, nurses and health care personnel could integrate the Building Thread of Life Program with their usual protocol in caring for teenagers during pregnancy to after delivery. Longitudinal study is recommended to investigate the sustainability of the mother and the child bonding, and to promote breastfeeding on child development and quality of life of both the mother and the child.

ทั้งหมด ซึ่งอยู่ในระดับสูงมากเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ WHO กำหนด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของเมืองพัทยา โดยทั่วไปหญิงวัยรุ่นต้องมีการปรับตัวอย่างมากตามระยะพัฒนาการตามวัย และการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนมาก่อนถือว่าเป็นไปตามระยะพัฒนาการตามวัย 4 มีผลทำให้หญิงวัยรุ่นต้องมีการปรับตัวมากกว่าวัยรุ่นโดยทั่วไป คือ ต้องรับบทบาทของ "หญิงตั้งครรภ์" มารดาวัยรุ่นอาจรู้สึกขัดแย้งและไม่ได้มีการเตรียมตัว เตรียมใจเพื่อรับบทบาท "แม่" มาก่อนอาจรู้สึกต่อต้านและคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ

เพียงพอในการเลี้ยงดูลูกด้วยตนเองได้ โดยเฉพาะวัย  
รุ่นที่มีบุตรคนแรก และหากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน  
มาก่อน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่รู้สึกว่าการ  
ตั้งครรภ์ทำให้สูญเสียชีวิตวัยรุ่นของตนเองไป (ขวัญตา  
ตุ้มหิรัญ และคณะ, 2553; พรพรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์,  
2549) หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกจึงไม่มีความพร้อม  
ในการเป็นแม่ ไม่มีความรักความผูกพันกับบุตรส่งผล  
ให้การทำหน้าที่เลี้ยงดูและให้นมแม่แก่บุตรของ  
มารดาวัยรุ่นประสบกับความยุ่งยากใจ เกิดความทุกข์  
ทรมานในการทำหน้าที่ จึงส่งต่อหน้าที่ให้กับบุคคลใน  
ครอบครัวเข้ามารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลทารกแทนตนเอง  
(บุญมี ภูต่านังว, วรณิ เตียวอิตเรศ และกนกนุช  
ชินเลิศสกุล, 2556; เบลญจพร ปัญญาียง, 2554)

ทารกเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง  
และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพได้ง่าย  
การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของทารกด้วยการให้  
นมแม่ และการเลี้ยงดูด้วยความรักความผูกพันจึงมี  
ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงจำเป็นต้อง  
มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ มีความมั่นใจ  
ความตั้งใจ รวมถึงมีความรัก ความผูกพันกับลูกตั้ง  
แต่ยังเป็นทารกอยู่ในครรภ์ไปจนกระทั่งระยะให้นม  
มีความแน่ใจที่จะให้นมแม่เพื่อให้ทารกได้อาหารที่ดีที่สุด  
ที่มีผลให้ทารกมีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรค มีระบบการย่อย  
ที่ดี มีการส่งต่อสารเคมีแห่งความรักไปสู่ทารก รวมไปถึง  
ถึงท่าทางการให้นม ทำให้ทารกรับรู้ถึงความรักที่ผู้เป็น  
แม่มีให้แก่ตนเอง ซึ่งจะส่งผลถึงการมีอารมณ์ที่มั่นคงต่อ  
ไปในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมสร้าง  
สายใยแห่งชีวิตด้วยการบูรณาการแนวคิดการมุ่งหา  
ทางออก ในการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก  
เพื่อพัฒนาความพร้อมในการเป็นแม่ การพัฒนา  
โปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตตามแนวคิดการมุ่งหา  
ทางออกถือเป็นการให้การพยาบาลชุมชนที่สอดคล้อง  
กับแผนการพัฒนาระบบการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่ง  
ชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550-2559 ในแผนที่ 5 ที่ว่าด้วย  
เรื่องการส่งเสริมจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพของ  
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ควบคู่กับการพยาบาล

มารดาและทารก การพยาบาลสุขภาพจิตในชุมชนที่มุ่ง  
ส่งเสริมให้หญิงวัยรุ่นซึ่งเป็นผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด  
ปัญหาทางสุขภาพจิตหลังคลอด และทารกที่มีความเสี่ยง  
ต่อการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการ และการเกิดปัญหา  
ทางสุขภาพจิตในอนาคตที่ได้รับการพยาบาลที่เป็นเลิศ  
ตามแผนการพัฒนาดังกล่าว

### คำถามในการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก มีความ  
ผูกพันกับทารกในครรภ์ มีความตั้งใจในการเลี้ยงดู  
และระยะเวลาในการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ ก่อนและหลัง  
เข้าร่วมโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตเป็นอย่างไร
2. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกในกลุ่ม  
ทดลองมีคะแนนความพร้อมในการเป็นแม่ ในระยะหลัง  
การเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ  
หรือไม่
3. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มทดลองที่  
เข้าร่วมโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิต มีคะแนนคะแนน  
ความพร้อมในการเป็นแม่ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ  
สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการได้รับการดูแลจากการเยี่ยม  
บ้านตามปกติหรือไม่

### วัตถุประสงค์ในการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสายใยแห่ง  
ชีวิตต่อความพร้อมในการเป็นแม่ในหญิงวัยรุ่นที่ตั้ง  
ครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนา

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการเป็นแม่  
ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนา  
ในระยะก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสายใย  
แห่งชีวิต
2. เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการเป็นแม่  
ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนา  
ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างสายใยแห่ง  
ชีวิตกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับดูแลจากการเยี่ยมบ้าน  
ตามปกติ

### สมมติฐานในการวิจัย

1. คะแนนความพร้อมในการเป็นแม่ ซึ่งประกอบด้วยคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ ความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตร และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนา ในระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

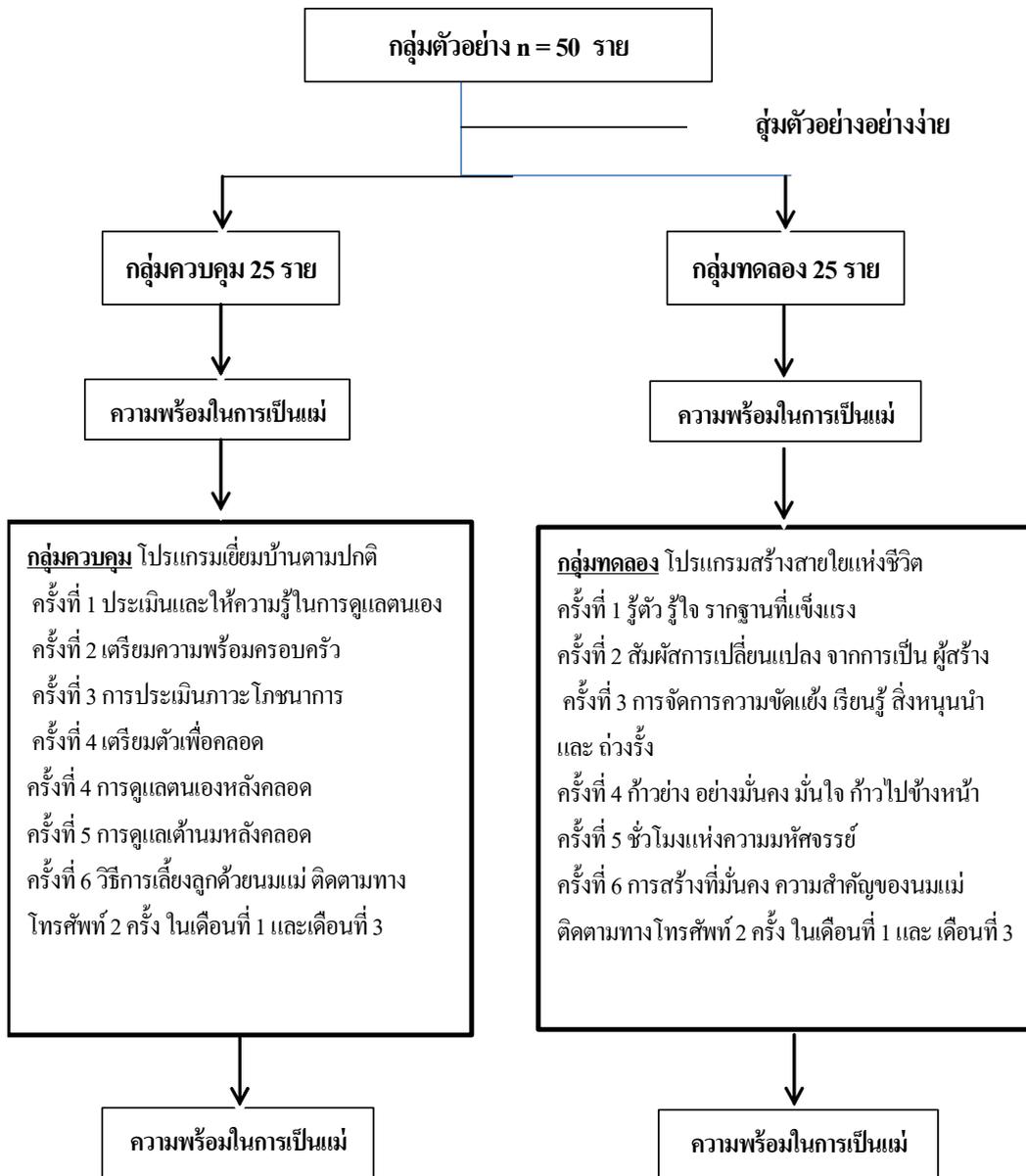
2. คะแนนความพร้อมในการเป็นแม่ในระยะหลังการทดลองของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกแบบไม่พึงปรารถนา ที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับดูแลจากการเยี่ยมบ้านตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการมุ่งหาทางออก (Solution-Focused Brief Therapy หรือ SFBT) ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนมุมมองหรือการให้ความหมายต่อการทำหน้าที่ "แม่" ในการเลี้ยงดูทารก เน้นการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอันสั้นที่สามารถประเมินผลได้ด้วยตนเอง มีหลักการอยู่บนสมมติฐานของการมองโลกในแง่บวกโดยเชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสามารถที่เต็มไปด้วยพลังและศักยภาพสามารถสร้างสิ่งใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นใหม่ได้เสมอ สามารถที่จะค้นหาทางออก คำตอบ หรือวิธีการ (Solution) ที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองได้ บทบาทของพยาบาล คือการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ทบทวนตนเอง รู้ถึงพลังและศักยภาพที่อยู่ในตนเอง เช่น ความยืดหยุ่นความกล้าหาญ และความมีปัญญา

ที่จะแก้ไขปัญหาโดยใช้วิธีการสนทนา ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้มองเห็นภาพของตนเองที่กำลังทำอะไรอยู่ในชีวิต มองเห็นภาพตนเองในอนาคตที่ประสบความสำเร็จ รับรู้ถึงสิ่งที่จะหนุนนำให้ตนไปสู่ความสำเร็จ (สายใจ พัวพันธ์, 2547; สายใจ พัวพันธ์, 2548; de Shazer, 1985) ซึ่งความสำเร็จในการพยาบาลหมายถึง การช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรักความผูกพันกับทารกตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตลอดระยะเวลา 6 เดือน รวมถึงการประเมินสถานการณ์ หรือบุคคลที่ทำให้เกิดสิ่งถ่วงรั้ง ที่อาจทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมาย

เป้าหมายหนึ่งของ SFBT คือ การปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้รับบริการโดยใช้การจัดกรอบความคิดใหม่ (Reframing) จากการให้ความหมายว่า ชีวิตของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เต็มไปด้วยปัญหามากมาย และการครุ่นคิดอยู่กับปัญหา มีความคิดในเชิงลบจนทำให้มองไม่เห็นช่องทางจัดการหรือแก้ปัญหา พยาบาลมีหน้าที่ชี้แนะหรือช่วยให้หญิงวัยรุ่นมีการปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองของตนเอง และช่วยให้หญิงวัยรุ่นได้ค้นหาวิธีแก้ไขปัญหาหรือหาทางออกให้กับปัญหา โดยที่พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้รับบริการเขียนบันทึกเรื่องราวหรือวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างไปจากเดิม (สายใจ พัวพันธ์, 2548) พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นเครื่องมือช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ค่อยๆ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ซึ่งจะนำไปสู่วิธีแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์จากความคิดและมุมมองใหม่ของหญิงวัยรุ่นเอง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control groups design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิต และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับดูแลจากการเยี่ยมบ้านตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการทดลองทั้งสิ้น 24 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลบางละมุงซึ่งผ่านโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลบางละมุง มีคุณลักษณะ ดังนี้ มีสัญชาติไทย ไม่จำกัดศาสนา อยู่ในระบบการศึกษา อายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์แรก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้กำหนดโดยการคำนวณหาค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1977 cited in Polit, 1996) เพื่อควบคุม Type II error ได้กำหนดค่า Effect size เพื่อใช้ในการทดสอบค่าอำนาจที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่ม ผู้วิจัยใช้ค่า  $Y = .80$  กำหนด  $\alpha = .05$  และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกจากประชากรที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ที่มีมารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2557 ถึง มีนาคม 2558 ประชากรทั้งหมด 946 คน และคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นใช้วิธีการจับสลากกลุ่มตัวอย่างเข้าแต่ละกลุ่ม คนแรกให้เข้ากลุ่มทดลอง คนที่สองให้เข้ากลุ่มควบคุม ดำเนินการจนครบ 25 คู่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2 ชุด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองชุดที่ 1 คือ โปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตตามแนวคิดการมุ่งหาทางออก ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิด Solution-Focused Brief Therapy หรือ SFBT ของ Steve de Shazer และ Insoo Kim Berg (1980) เริ่มตั้งแต่การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรก กำหนดการทำกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยแบ่งออกเป็นช่วงก่อนคลอด 4 ครั้ง ในแผนกหลังคลอด 1 ครั้ง และหลังคลอดสัปดาห์แรก 1 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในช่วงหลังคลอด 1 เดือน และ 3 เดือน โปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทำการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน และมีค่า IOC (Index of item Objective Congruence) 0.86 ค่าอธิบายเชิงขงของกิจกรรม 6 ครั้ง มีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 "รู้ตัว รู้ใจ" มีวัตถุประสงค์ให้หญิงวัยรุ่นได้สัมผัสถึงการ "ผู้สร้าง ที่ต่อเนื่อง" และค้นหาศักยภาพในตัวหญิงวัยรุ่นและค้นหาความเสี่ยงต่างๆ ในช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ทบทวนจุดขาดที่ขาดหายไปของการสร้างรากฐานของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 2 "สัมผัสการเปลี่ยนแปลง จากการเป็นผู้สร้าง" มีวัตถุประสงค์ให้หญิงวัยรุ่นได้มีการทบทวนสิ่งที่ได้ลงมือปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 1 และการรับรู้ถึง ความแตกต่างที่เกิดขึ้น ทบทวนความรู้สึกทางบวกที่เพิ่มขึ้นตามการรับรู้ของตนเองและสิ่งที่ได้รับการบอกกล่าว การแสดงออกของผู้อื่น วางแผนให้การเปลี่ยนแปลงมีมากขึ้นในอนาคต สนับสนุนให้หญิงวัยรุ่นมีกรอบแนวคิดใหม่ในการดูแลตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 "การจัดการความขัดแย้ง เรียนรู้สิ่งหนุนนำและถ่วงรั้ง" มีวัตถุประสงค์ให้หญิงวัยรุ่นได้มีการทบทวนสิ่งที่ได้ลงมือปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 2

การรับรู้ถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ความแตกต่างที่เกิดขึ้น ทบทวนสิ่งที่หุนหันนำและสิ่งที่ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้เกิดการค้นหาวีธีการจัดการสิ่งหุนหันนำ และถ่วงรั้ง

กิจกรรมครั้งที่ 4 "ก้าวอย่าง อย่างมั่นคง มั่นใจ ก้าวไปข้างหน้า" มีวัตถุประสงค์ให้หญิงวัยรุ่นทบทวนสิ่งที่ได้ลงมือปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 3 และการรับรู้ถึงสิ่งที่ได้กระทำอย่างต่อเนื่อง เกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่ดูแลต่อไปอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 5 "ชั่วโมงแห่งความมหัศจรรย์" มีวัตถุประสงค์ให้หญิงวัยรุ่นทบทวนความรู้สึก การรับรู้ การให้ความหมายของการทำหน้าที่ "แม่" ครั้งแรก เกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่ และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 6 "การสร้างที่มั่นคง" มีวัตถุประสงค์ให้หญิงวัยรุ่นทบทวนความรู้สึก การรับรู้ การให้ความหมายของการทำหน้าที่ "แม่" ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ร่วมกันค้นหาความช่วยเหลือภายในครอบครัว ในการแบ่งเบาการทำหน้าที่ของหญิงวัยรุ่น เพื่อให้หญิงวัยรุ่นได้เกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่ "แม่"

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองชุดที่ 2 โปรแกรมการเยี่ยมบ้านจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 นาที กิจกรรมการดูแลที่บ้านประกอบด้วย ช่วงก่อนคลอด 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 การประเมินและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ครั้งที่ 2 เตรียมความพร้อมครอบครัว ครั้งที่ 3 การประเมินภาวะโภชนาการ และครั้งที่ 4 เตรียมตัวเพื่อคลอด ช่วงหลังคลอด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 5 การดูแลตนเองหลังคลอด ครั้งที่ 6 การดูแลเต้านมหลังคลอด ครั้งที่ 7 วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 เพื่อประเมินและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่ม ควบคุมจะได้รับการติดตามเยี่ยมหรือโทรศัพท์ติดตามให้คำแนะนำอีก 3 ครั้ง เพื่อให้คำแนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมจะสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่จนครบ 6 เดือน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความพร้อมในการเป็นแม่ ซึ่งประกอบด้วย

แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ แปลและเรียบเรียงมาจากแบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ของแคเรนเลย์ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ (เกณฑ์การให้คะแนน เป็นความจริงมากที่สุด = 5 คะแนน เป็นความจริงส่วนมาก = 4 คะแนน เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง = 3 คะแนน เป็นความจริงเพียงเล็กน้อย = 2 คะแนน ไม่เป็นความจริงเลย = 1 คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางลบจะมีการกลับคะแนนก่อนนำมาคำนวณ) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

มาตรวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกเป็นการให้คะแนนตามการให้คาดการณ์ของหญิงวัยรุ่นแต่ละราย มีหน่วยวัดจาก 1-10 โดย 1 หมายถึง มีความตั้งใจในระดับน้อยมาก และ 10 หมายถึง ตั้งใจอย่างแน่วแน่ และจะทำทุกวิถีทางเพื่อให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยตนเอง

มาตรวัดระยะเวลาที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการให้คะแนนตามการให้คาดการณ์ของหญิงวัยรุ่นแต่ละราย มีหน่วยวัดระยะเวลาเป็นเดือน นับตั้งแต่คลอดไปจนถึง 6 เดือน คือ

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6

#### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจากแผนกส่งเสริมสุขภาพเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นประสานงานเพื่อพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือ

ในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วผู้วิจัยจะอธิบายสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง และให้ลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ เมื่อได้รายชื่อผู้ยินยอม เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 50 คนแล้วผู้วิจัยจะทำการใส่ รหัสหมายเลขตามรายชื่อ 1-50 และ ทำการจับฉลาก หมายเลขโดยการจับครั้งแรกที่เลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง และการจับครั้งที่สองเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งแบ่งได้ จำนวนกลุ่มละ 25 คนจากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย ดังขั้นตอนต่อไปนี้

#### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบ สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรักใคร่ผูกพัน ความ ตั้งใจที่จะเลี้ยงบุตร และความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วย นมแม่

2. แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่า ผู้เข้าร่วมการ วิจัยจะได้รับการดูแลโดยไปเยี่ยมบ้านจำนวน 6 ครั้ง จากผู้วิจัยที่ 2 คน โดย ผู้วิจัยคนที่ 1 มีหน้าที่ดำเนิน กิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตตามแนวคิด ปรับมุมมองแบบมุ่งหาทางออก และให้ความรู้ที่จำเป็น ในการดูแลตนเองและการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ผู้วิจัย คนที่ 2 ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือผู้วิจัยคนที่ 1 ในการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูลและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะไม่ มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงให้แก่ผู้เข้าร่วม การวิจัยทราบ และทำการจดบันทึกการสนทนา

3. ดำเนินการดูแลสุขภาพพิชิตโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นรายบุคคล ติดตามเยี่ยมบ้านจนครบตามแผนที่ กำหนดไว้ จำนวน 6 ครั้ง แล้วจึงแจ้งยุติการเยี่ยมบ้าน

#### กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบ สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรักใคร่ผูกพัน ความ ตั้งใจที่จะเลี้ยงบุตร และความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วย นมแม่เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

2. แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมทราบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการดูแลโดย ผู้วิจัยคนที่ 2 ซึ่งมีหน้าที่ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ของกระทรวงสาธารณสุข ให้ความรู้ที่จำเป็นในการดูแล ตนเองและการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ผู้วิจัยคนที่ 1 จะทำ หน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือผู้วิจัยคนที่ 2 ในการชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้า ร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็น ความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อและนามสกุลที่แท้จริงให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย รับ ทราบ และทำการจดบันทึกการสนทนา

3. ดำเนินการดูแลสุขภาพพิชิตหลังคลอดโดย การเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล ติดตามเยี่ยมบ้านจนครบ ตามแผนที่กำหนดไว้ จำนวน 6 ครั้ง แล้วจึงแจ้งยุติ การเยี่ยมบ้าน

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรักใคร่ผูกพัน ความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตร และความตั้งใจในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่ ไม่ปรารถนาจะมีบุตร ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สร้างสายใยแห่งชีวิตของกลุ่มทดลอง

3. ใช้สถิติ Independent t-test ในการ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรักใคร่ผูกพัน ความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตร และความตั้งใจในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่ ไม่ปรารถนาจะมีบุตร ระหว่างกลุ่มทดลองหลังการเข้า ร่วมโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิต และกลุ่มควบคุม หลังจากรับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านตามปกติ

**ผลการวิจัย**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีหญิงตั้งครรภ์ร่วมเข้ารวมการวิจัย 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน อายุต่ำสุดคือ 14 ปี และสูงสุดคือ 19 ปี ร้อยละ 64.00 มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 29-40 สัปดาห์ หรือไตรมาส 3 และร้อยละ 36.00 มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 15-28 สัปดาห์ หรือไตรมาส 2 ร้อยละ 36.00 จบการศึกษาจากระบบการศึกษานอกโรงเรียน ร้อยละ 32.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ร้อยละ 28.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 04.00 จบการศึกษาระดับปวส. ร้อยละ 52.00 มีสถานภาพสมรสไม่ปรากฏสามี ร้อยละ 48.00 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส ร้อยละ 52.00 พักอาศัยอยู่กับครอบครัวเดิม ร้อยละ 32.00 พักอาศัยอยู่กับสามี โดยไม่มีญาติ ร้อยละ 16.00 พักอาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี

ข้อมูลความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ ความตั้งใจที่จะเลี้ยงบุตร และระยะเวลาที่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังต่อไปนี้

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในครรภ์ ความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตร และระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=25)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		D	t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรักใคร่ผูกพัน	36.9	6.41	100.7	6.34	63.8	33.39***
ความตั้งใจ	3.5	1.04	7.6	0.94	4.1	16.23***
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1.1	0.55	4.3	1.52	3.2	11.01***

\*\*\* $p < .001$

จากตาราง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรักใคร่ผูกพันในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 33.39, p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและ

หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 16.23, p < .001$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 11.01, p < .001$ )

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรักใคร่ผูกพันของมารดาและทารกในครรภ์ ความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตร และระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=25)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
ความรักใคร่ผูกพัน	100.7	6.34	68.3	3.41	27.16***
ความตั้งใจ	7.6	0.94	5.4	0.57	12.20***
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.3	1.52	1.6	0.69	09.47***

\*\*\* $p < .001$

จากตาราง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรักใคร่ผูกพันหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 27.16, p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตร หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 12.20, p < .001$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.47, p < .001$ )

#### การอภิปรายผล

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ มีความตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรและมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตที่พัฒนาตามแนวคิดการมุ่งหาทางออกผ่านกระบวนการสนทนาที่ทำให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถเข้าถึงจิตใจของตนเอง ทำความเข้าใจถึงชีวิตของตนเองในอดีต การมองปัจจุบันที่กำลังผ่านพ้นไป รวมทั้งมีความหวัง

ในอนาคตที่กำลังจะมาถึง (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2558) อีกทั้งการปรับเปลี่ยนมุมมองยังสามารถสร้างความหวังทางการศึกษาให้เกิดขึ้นในวัยรุ่น โดยช่วยให้เกิดการสร้างความหวัง ความมุ่งมั่น ความพยายาม และความอดทนทางการศึกษาให้สูงขึ้นได้ (อรปรีย์ เกิดในมงคล, 2557) การนำโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตมาใช้ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้เยี่ยมและผู้รับการเยี่ยมมีช่วงเวลาที่ได้สื่อสารกันยาวนานกว่าการให้บริการภายในหน่วยบริการ เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกันจากการดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่อง (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร, และฤทัยพร ตรีตรง, 2549) ช่วยให้ผู้ตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ปรับเปลี่ยนมุมมองของการตั้งครรภ์ มองเห็นคุณค่าที่ตนสามารถทำหน้าที่ในระยะเวลาที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองก่อนกลับไปสู่ระบบการศึกษา หรือระบบการทำงาน เกิดความตระหนักถึงบทบาทในการส่งมอบความรักให้แก่สิ่งมีชีวิตที่อยู่ในครรภ์ จากการเป็นผู้ให้กำเนิดทารก หญิงวัยรุ่นได้มีประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงตนเองในแต่ละครั้งโดยอาศัยความสามารถในการวิเคราะห์หรือมองหาสิ่งที่สนับสนุนให้ตนทำหน้าที่ได้สำเร็จ และคิดหาวิธีจัดการกับสิ่งที่ขัดขวางความสำเร็จ จนความสำเร็จเล็กๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้หญิงวัยรุ่นยอมรับและทำหน้าที่มารดาได้ในที่สุด

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๕๘

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

#### ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารสามารถนำรูปแบบโปรแกรมสร้างสายใยแห่งชีวิตไปใช้ในการดูแลมารดาวัยรุ่นที่บ้าน ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บริการ การดูแลสุขภาพที่บ้านของหน่วยงานโดยการกำหนดนโยบายและวางแนวทางการให้บริการสุขภาพที่บ้านให้มีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น

2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เกี่ยวกับกระบวนการให้การดูแลสุขภาพที่บ้านตามแนวคิดการมุ่งหาทางออก เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

#### ด้านบริการ

ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปกำหนดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการจัดทำคู่มือหรือเอกสารเกี่ยวกับโปรแกรมสร้างสายใย

แห่งชีวิต เพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจ ในการให้บริการมากขึ้น

#### ด้านการศึกษา

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้ประกอบการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล บุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการใช้แนวคิดการมุ่งหาทางออกมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้น อาจจะเป็น 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามผลและความคงอยู่ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาเจาะลึกถึงปัญหาและวิธีแก้ปัญหาของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่ปรารถนาจะมีบุตร

### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2543). ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543-2544. กรุงเทพฯ: อัลฟารีเลิร์ซ.
- ขวัญฤตา ตุ่มทิริญและคณะ. (2553). สภาพภาพการดำเนินชีวิตครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่นและการบริการทางสังคมสำหรับครอบครัว เอกสารประกอบงานประชุมวิชาการครอบครัวศึกษา ปี 2553 " ร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ สู้วิกฤตครอบครัวไทย ". วันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2553 ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบางละมุง. (2557). รายงานสถิติ ประจำปี. ชลบุรี : โรงพยาบาลบางละมุง.
- จารุรินทร์ ปิตานุกงค์. (2558). "จิตบำบัดแบบเรื่องเล่า การหาความหมาย การหาทางออกแบบสั้นในชีวิตประจำวัน". สงขลานครินทร์เวชสาร. 33(6). 305-313.
- พรพรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2549). ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญมี ภูด่านจัว, วรณิ เตียววิศเรศ และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2556). " ตัวตนใหม่ : ประสบการณ์การเป็นมารดาของนักเรียนที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ". วารสารสมาการพยาบาล. 28(2): 58-74 .

- เบญจพร ปัญญาภย. (2554) . ทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น . (พิมพ์ครั้งที่ 3) .  
กลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สายใจ พัวพันธ์. (2547). *Cognitive behavioral therapy and solution-focused brief therapy*. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สายใจ พัวพันธ์. (2548). "การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อปัญหาทางจิตสังคม". *วารสารคุณภาพการพยาบาล*. 2(2): 22-38.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร, และฤทัยพร ตริ์ตรง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : ชานเมือง.
- อุรปริย์ เกิดในมงคล. (2557). *การศึกษาและพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อสร้างความหวังทางการศึกษาของนักเรียนวัยรุ่น*. ปรินญาณิพนธ์ หลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to Solutions in Brief Therapy*. New York : Norton.
- O'Hanlon, W.H.; & Weiner-Devis, M. (2003). *In Search of Solutions : A New Direction of Psychotherapy (revised.)*. New York : Norton.
- World Health Organization. (2011). *Child and Adolescent Health and Development*. Retrieved June 4, 2011, from [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health](http://www.who.int/child_adolescent_health) .



**การดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วยด้วยจิตใจแห่งความเป็นมนุษย์ :**  
**การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ตอนที่ 1**  
**Caring for Suffering Patients Through Human Mind:**  
**Application of Watson's Human Caring Theory Part I**

ผศ.ดร. สายใจ พัวพันธ์\*

**บทคัดย่อ**

นักทฤษฎีทางการพยาบาลที่มีชื่อเสียงระดับโลกหลายท่านได้พยายามพัฒนา องค์ความรู้ แนวคิด และแนวปฏิบัติที่บ่งบอกเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล เพื่อให้สังคมประจักษ์ในบทบาทอิสระของพยาบาล และการเป็นวิชาชีพที่สำคัญในการช่วยบรรเทาทุกข์ให้แก่ผู้เจ็บป่วย การเจ็บป่วยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การเดินทางแห่งชีวิตของบุคคลต้องสะดุดหรือหยุดลง บุคคลมักรู้สึกเดือตร้อนใจ เป็นทุกข์ที่ไม่สามารถทำหน้าที่เพื่อตน สังคม และโลกดังที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้ การช่วยให้บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วย ได้ทบทวนเส้นทางชีวิต และสร้างเสริมความเข้มแข็งให้

สามารถเดินทางต่อไปได้ถือเป็นการแสดงบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) แสดงทัศนะเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของมนุษย์ที่เปรียบเสมือนอุปสรรคของการเดินทางแห่งชีวิต 2) นำเสนอทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการดูแลความทุกข์ของมนุษย์ และ 3) แนะนำ 2 วิธีการที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วย สำหรับการวัดผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์เช่นนี้ผู้เขียนจะนำเสนอในตอนต่อไป

**Abstract**

Several nursing theorists well-known internationally have attempted to develop the body of knowledge, concepts, and interventions that could be used to minimize patients' suffering and used to assure nursing identity and autonomy to society. Illness is considered as a

major condition delaying or discontinuing an individual's life journey. Consequently, the individual might be suffering as he/she would not be able to take responsibilities for self, society and the world as planned. Assisting an individual to learn from illness

---

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

experiences and review the path of life, and strengthening capacity to continue his/her life journey could reflect nursing autonomy. This paper is aimed at 3 objectives including 1) analogically compare illness in human being as hinder of life journey, 2) presenting Watson's human caring in caring for human

suffering, and 3) proposing 2 interventions integrating Watson's human caring. Quantitative and qualitative outcome evaluation of human caring intervention will be discussed in the next paper.

### บทนำ

นักทฤษฎีทางการพยาบาลที่มีชื่อเสียงระดับโลกหลายท่านได้พยายามพัฒนา องค์ความรู้ แนวคิด และแนวปฏิบัติที่บ่งบอกเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล เพื่อให้สังคมประจักษ์ในบทบาทอิสระของพยาบาลในฐานะหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันรับผิดชอบสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของประชาชน ที่สำคัญท่านเหล่านั้นต้องการสร้างแรงจูงใจและสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพให้เข้าใจตรงกันว่า การแสดงบทบาทอิสระของพยาบาลที่ใช้ความรู้ แนวคิดและแนวปฏิบัติของวิชาชีพการพยาบาล นั้นมีจุดเน้นที่แตกต่างจากวิชาชีพทางสุขภาพอื่นๆ ในความเป็นวิทยาศาสตร์และศิลป์ของวิชาชีพ ที่พยาบาลวิชาชีพควรภาคภูมิใจ ตัวอย่างองค์ความรู้ แนวคิดและแนวปฏิบัติที่รู้จักกันดีในวงวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม พยาบาลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้จะเน้นกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งความสามารถและคุณภาพของการดูแลตนเองทั้งนี้เพื่อการรักษาชีวิตและสุขภาพ การจัดการและการฟื้นฟูหายจากโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้น พยาบาลที่ประยุกต์ทฤษฎีระบบของนิวแมน จะเน้นกิจกรรมที่เสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการปกป้องระบบสุขภาพของตนเองให้อยู่รอดปลอดภัยจากสถานการณ์ที่ก่อความเครียดและที่ส่งผลกระทบต่อความอยู่ดีมีสุข ส่วนพยาบาลที่ประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอย จะเน้นกิจกรรมการพยาบาลที่การช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Fitzpatrick & Whall, 2006)

จากตัวอย่างดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าวิชาชีพการพยาบาลไม่ได้เน้นที่ตัวโรคและการรักษา แต่เน้นที่ตัวบุคคลและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคลซึ่งกลายเป็นประสบการณ์ของบุคคลนั้น ความสามารถหรือศักยภาพด้านต่างๆ ของบุคคลจะลดลงเมื่อเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยจึงกลายเป็นบ่อเกิดแห่งความคับข้องใจหรือความทุกข์ใจ (Fitzpatrick cited in Fitzpatrick & Whall, 2006; Watson, 2008) พยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความทุกข์ของผู้ป่วย และเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการช่วยบรรเทาทุกข์ให้แก่ผู้เจ็บป่วย (Morse, Bottorff, Anderson & Solberg, 2006) เป็นพันธะสัญญาที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาลที่พยาบาลควรร่วมกันพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งบทบาทอิสระนี้ ในบทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) แสดงทัศนะเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของมนุษย์ที่เปรียบเสมือนอุปสรรคของการเดินทางแห่งชีวิต 2) นำเสนอทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการดูแลความทุกข์ของมนุษย์ และ 3) แนะนำ 2 วิธีการที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วย

### **ความเจ็บป่วยของมนุษย์เปรียบเสมือนอุปสรรคของการเดินทางแห่งชีวิต**

การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การเดินทางแห่งชีวิตของบุคคลต้องสะดุด และในที่สุดอาจต้องหยุดการเดินทาง ผู้เจ็บป่วยบางคนพาให้คนอื่นต้องหยุดการเดินทางไปด้วย มนุษย์มิใช่มีหน้าที่เพียงการรักษาชีวิตให้อยู่

อยู่รอดปลอดภัยเท่านั้น แต่ถูกกำหนดมาให้เป็นผู้ร่วมสร้างสรรคิให้สังคมและโลกดำรงอยู่ได้ ทุกการเดินทางแห่งชีวิตของบุคคลจึงเป็นการเดินทางที่มีเป้าหมาย หากการเดินทางต้องสะดุดหรือหยุดลง บุคคลมักจะรู้สึกเดือดร้อนใจ เป็นทุกข์ ซึ่งมีใช้เพียงความทุกข์ที่กายมีผลจากการล้มลุกคลุกคลานระหว่างการเดินทางเท่านั้น แต่ทุกข์ใจที่ไปต่อไม่ไหว และทำหน้าที่เพื่อตน สังคม และโลกดังที่ตั้งเป้าหมายไว้ไม่ได้ หากเป็นการหล่มที่รุนแรง การเยียวยาให้หายจากการบาดเจ็บจึงไม่เพียงพอ แต่การช่วยให้บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์การหล่มได้ทบทวนเส้นทางชีวิต คิดหาทำทางที่ทำให้ลุกขึ้นยืนได้ และสร้างเสริมความเข้มแข็งให้สามารถเดินทางต่อได้ เหล่านี้ น่าจะมีความสำคัญมากกว่าการทำให้แผลหายเท่านั้น สะท้อนความจริงประการหนึ่ง ชีวิตและสุขภาพเป็นเรื่องที่แยกกันไม่ออก ความสามารถในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และธรรมชาติแวดล้อมจึงมีภาวะสุขภาพเป็นเงื่อนไขเสมอ

เมื่อบุคคลเจ็บป่วย ความทุกข์ที่ก่อตัวมาจากบริบทชีวิตจะปรากฏให้เห็นอยู่เบื้องหน้าเสมอ หลายๆ ตำราทางการแพทย์ พยาบาล และจิตวิทยามักเรียกความทุกข์ที่ก่อตัวมาจากบริบทชีวิตว่าเป็นปัญหาด้านจิตสังคม การปรากฏตัวของความทุกข์นี้ต้องใช้จิตใจแห่งความเป็นมนุษย์จึงจะเห็นและเกิดความอยากที่จะเข้าไปช่วยบรรเทาทุกข์ และ/หรือสร้างเสริมศักยภาพด้านในให้ผู้เจ็บป่วยมีสุขภาพจิตที่เข้มแข็งขึ้น สถานการณ์การเจ็บป่วยในยุคปัจจุบัน บุคคลมักเจ็บป่วยด้วยโรคที่พัฒนามาจากพฤติกรรมสุขภาพ จากการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ในยุคปัจจุบันที่บริโภคอาหารที่แปรรูปหรือผ่านกระบวนการผลิตหลายขั้นตอน บริโภคอาหารสำเร็จรูปบรรจุกล่องสารพัดรูปแบบ บริโภคพืชพันธุ์ที่มีการตัดแต่งพันธุกรรม แต่กลับบริโภคอาหารสดจากธรรมชาติ น้อยลง การดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางมลพิษ การใช้ชีวิตที่ต้องพึ่งพาไฟฟ้าและเทคโนโลยีมากขึ้น ในขณะที่โอกาสเปิดกว้างสำหรับความคิดสร้างสรรค์แบบไร้ขอบเขต มนุษย์ก็เริ่มให้ความสำคัญแก่ผลประโยชน์เป็นหลักมากขึ้นเพื่อการอยู่รอดและอยู่ร่วมกัน และอื่นๆ อีกมากมาย

สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ทั้งสิ้น และเป็นโรคหรือการเจ็บป่วยที่แตกต่างจากยุคก่อนศตวรรษที่ 21 การรักษาด้วยวิธีการจัดการกับพยาธิสภาพจะทำให้อาการหรือโรคหายไปหรือสงบลงเพียงชั่วคราวเท่านั้น หากเหตุปัจจัยกลับมาอีก การเจ็บป่วยก็กลับมาเช่นกัน การกลับเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีกยิ่งส่งผลกระทบต่อจิตสังคมมากขึ้น ผู้เขียนมีความคิดเห็นว่าการบรรเทาทุกข์ด้านจิตสังคมและ/หรือสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจให้แก่ผู้เจ็บป่วย**จำเป็นต้อง**ทำควบคู่กันไปกับการรักษาอาการหรือรักษาโรค แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาและทำความเข้าใจในธรรมชาติของผู้เจ็บป่วย โดยใช้ความเป็นมนุษย์ของตนควบคู่ไปกับความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ทันยุคทันสมัย

ดังที่อุปมาไว้ว่าการดำรงชีวิตของบุคคล เปรียบเสมือนการเดินทางสู่จุดหมายปลายทางที่ตั้งไว้ การเดินทางจะราบรื่นหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการคือ 1) ปัจจัยที่มาจากตัวบุคคลเอง ได้แก่ ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้เดินทาง ความรู้ในเส้นทางที่จะเดินทาง การรู้จักขีดความสามารถของตัวเอง ความมีสติ ความตั้งใจ ความมั่นใจ ความเพียรพยายาม ความคิดเชิงบวก เป็นต้น 2) ปัจจัยที่มาจากภายนอกที่บุคคลมีอยู่หรือคลุกคลีอยู่ ภาวะการณ์ล่วงหน้าได้บ้างไม่ได้บ้าง ได้แก่ ทรัพย์สินเงินทอง แรงสนับสนุนของครอบครัว ผู้ร่วมงาน เพื่อน หรือในทางตรงกันข้าม คืออาจต้องแบกรับภาระของคนอื่นติดตัวไปด้วย บางคนถูกลิตรอน ความมั่นใจตลอดการเดินทาง บางคนถูกสอนให้ระแวงระวังมากเกินไป ขาดทักษะในการแก้ปัญหาและการผูกมิตร เป็นต้น 3) ปัจจัยที่มาจากภายนอกที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ล่วงหน้า หรือเหนือการควบคุมระดับบุคคล ได้แก่ ดินฟ้าอากาศในช่วงเวลาที่เดินทาง ทำให้ต้นไม้หักโค่น ขวางทาง ดินถล่ม ถนนขาด น้ำป่าหลาก เป็นต้น หากเส้นทางนั้นเป็นที่นิยมของสังคม ก็จะมีผู้เดินทางจำนวนมากที่ใช้เส้นทางเดียวกัน อาจมีปัญหาห้วงระหว่างเดินทาง เนื่องจากความจอแจ ความไม่พร้อมหรือการไม่เคารพกฎกติกาของผู้ร่วมเส้นทาง เป็นต้น

การเจ็บป่วยเปรียบเสมือนการหกล้มระหว่างการเดินทาง ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของบุคคลชนเซหรือต้องหยุดชะงัก การเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนจะเปรียบเสมือนการหกล้มที่รุนแรง ทำให้ยากลำบากที่จะลุกขึ้นยืน บุคคลต้องใช้เวลารักษาแผลจากการหกล้มก่อน และเมื่อลุกขึ้นยืนก็อาจจะเดินไม่ถนัด อาจต้องใช้ไม้เท้าช่วยเดิน หรือต้องฟ่วงอย่างอื่นไปด้วย (เช่น ผู้ป่วยบางคนที่ทำ Colostomy ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง) เมื่อเป็นเช่นนี้ บุคคลอาจรู้สึกอับอายไม่ยอมยกเดินทางต่อ การเดินทางก็ยิ่งช้าลง บุคคลก็อาจจะเครียดจากการเผชิญหน้ากับความไม่ได้ดั่งหวัง บางคนอาจต้องปรับเปลี่ยนทางหรือเป้าหมายใหม่ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพภายหลังการหกล้มครั้งที่ผ่านมา ถ้าบุคคลนั้นไม่ยอมลุกเดินอีกเลยก็จะเกิดผลกระทบมากขึ้นทั้งต่อตัวเองและครอบครัว ดังตัวอย่างการศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าผู้ป่วยประสบกับการสูญเสียภาพลักษณ์ บทบาททางสังคม และปัญหาความต้องการทางเพศลดลง (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาอื่นๆ อีกมากมายที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งผู้ที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย และความพิการ ประเมินว่าการเจ็บป่วยเช่นนี้เป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้และหมุดกำลังใจ ไม่มั่นใจในอนาคตของตน และบางรายอาจตัดสินใจจบชีวิตของตนเอง (กนกวรรณ กาญจนนิกร, 2559; Shah, Gupchup, Borrego, Raisch, & Knapp, 2012; Swan, 2011; Townsend, Wyke & Hunt, 2006)

#### ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันกับการดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วย

ช่วงหนึ่งของการเดินทางแห่งชีวิตของผู้เขียนเมื่อครั้งที่ได้รับทุนการศึกษาจากรัฐบาลให้ไปศึกษาต่อที่ประเทศสหรัฐอเมริกา (พ.ศ. 2538-2544) ผู้เขียนได้มีโอกาสเรียนรู้จาก ศาสตราจารย์ ดร.จิน วัตสัน (Professor Dr. Jean Watson, 1940-Present) และมีความตั้งใจและมุ่งมั่นที่จะขยายความเข้าใจและ

คุณค่าของการดูแลมนุษย์ตามแนวคิดของวัตสัน และให้พยาบาลวิชาชีพภาคภูมิใจในพันธสัญญาของวิชาชีพที่มีต่อมนุษย์ สังคม และโลก ที่ถือว่าเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่อิสระของพยาบาลวิชาชีพเอง ให้ความสำคัญแก่ "การดูแลมนุษย์เยี่ยงมนุษย์กับมนุษย์" ในพื้นที่ที่จำกัดของบทความนี้ ผู้เขียนขออภิปรายพอสังเขปของบางประเด็นในทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน และนำเสนอบางวิธีที่ผู้เขียนได้ทดลองใช้มาแล้ว

#### ความหมายของ "มนุษย์หรือบุคคล"

ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันให้ความหมายของ "มนุษย์หรือบุคคล" ไว้ว่า มนุษย์หรือบุคคลไม่เพียงแต่เป็นส่วนส่วนของอวัยวะต่างๆ ที่รวมกันเข้าเป็นตัวเป็นตน แต่มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ และมีเป้าหมายที่สำคัญคือการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับธรรมชาติและโลกอย่างกลมกลืนและสมานฉันท์ (Watson, 1988) เงื่อนไขสำคัญสำหรับการใช้ชีวิตอย่างกลมกลืนและสมานฉันท์ ก็คือ มนุษย์จำเป็นต้องมีความสมดุลหรือกลมกลืนกันของกาย-ใจ-จิตวิญญาณของตนเสียก่อน ซึ่งการกล่าวลักษณะนี้มีนัยยะว่าบุคคลจะอยู่อย่างมีความสุข และมีความกลมกลืนกับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียน หรือผู้คนในสังคมที่มีการพบปะกันเป็นครั้งคราว บุคคลนั้นจำเป็นต้องดูแลตัวเอง และต้องจัดการกาย ใจ และจิตวิญญาณของตนเองให้พร้อมก่อนและขณะทำหน้าที่เหล่านั้น ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ที่วัตสันเน้นย้ำอย่างหนักแน่น เนื่องจากเป็น การปฏิบัติที่บุคคลจำเป็นต้องทำด้วยความรักและเมตตาตัวเอง ไปสู่การเรียนรู้ที่จะให้ความรักและเมตตาแก่ผู้อื่น

#### การปฏิบัติกรด้วยความรัก-เมตตา: บทบาทอิสระของพยาบาล

แรงบันดาลใจที่สำคัญของการพัฒนาทฤษฎีการดูแลมนุษย์ โดยจิน วัตสัน ซึ่งผ่านมาแล้วเกือบ 30 ปี คือ ความต้องการเสนอแนวคิด และแนวปฏิบัติที่ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างการพยาบาลด้วยบทบาทอิสระ

การพยาบาลในฐานะผู้สนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์ เป็นที่ประจักษ์ชัดแก่ผู้เขียนในฐานะที่เป็นลูกศิษย์คนหนึ่งของศาสตราจารย์ ดร. จิน วัตสัน ว่า ท่านมีความมุ่งมั่น อุดหนุน ไม่ย่อท้อที่จะพยายามทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพทุกสาขาวิชาเกี่ยวกับบทบาทอิสระของพยาบาลในการเยียวยาเมื่อบุคคลเจ็บป่วยและทุกข์ใจกับความเจ็บป่วย ผลงานทางวิชาการของท่านสะท้อนให้เห็นถึงความชัดเจนในการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้แสดงบทบาทอิสระของตนที่แตกต่างจากบทบาทการช่วยเหลือแพทย์ ที่สามารถกระทำได้ในทุกมิติของการบริการ กล่าวคือ แสดงบทบาทในมิติ "การสร้างเสริมสุขภาพ" ด้วยการสนับสนุนให้บุคคลมีความสมดุลหรือกลมกลืนกันของกาย-ใจ-จิตวิญญาณ ในการใช้ชีวิตในแต่ละวัน ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่อาจมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต "การปรับหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ" ด้วยการช่วยให้บุคคลปรับ กาย-ใจ-จิตวิญญาณ ให้มีความสมดุลได้อีกครั้ง (Watson, 2008)

วัตสันพยายามหลีกเลี่ยงการใช้คำว่า Nursing Intervention หรือ "การปฏิบัติการพยาบาล" เนื่องจากความหมายของคำว่า "Intervention" นั้นหมายถึง "การแทรกแซง" ซึ่งเป็นการเข้าไปดำเนินการโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ โดยนัยยะนี้ ผู้ป่วยจะถูกจัดให้อยู่ในสถานภาพของ "ผู้ยินยอม (รับข้อเสนอ)" สำหรับวัตสันแล้ว การปฏิบัติการเช่นนี้มีโอกาสที่พยาบาลจะละเลยหรือมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและมองข้ามการปฏิบัติการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วัตสันจึงใช้คำว่า "กระบวนการดูแลด้วยความเมตตาและความรัก (Clinical caritas process)" แทนคำว่าปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กันทั่วไป (Watson, 2008) เป็นกระบวนการที่ผ่านการสร้างสัมพันธ์ภาพที่เข้าถึงจิตใจกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Transpersonal relationship) (Watson, 1988, p. 58, 60, 63) ที่เป็นการปฏิบัติการด้วยความซาบซึ้งในคุณค่าของความ เป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ความสงบ-สุขุม และไม่แบ่งแยก ด้วยท่าทีที่อบอุ่น แสดงความเคารพในระบบความเชื่อ

ความศรัทธา ความหวัง อัศจรรย์หรือโลกภายในทั้งของพยาบาลผู้ให้การดูแลและของผู้ป่วย ด้วยการยอมรับและปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างที่เขาเป็น ณ ขณะนั้น ละหรือวางอคติหรือการเป็นผู้ตัดสิน สะกดใจไม่ใช้มาตรฐานหรือสิ่งที่พยาบาลใช้เป็นแนวในการดำเนินชีวิตมาตัดสินผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วยได้แก่การตัดสินว่าถูก-ผิด ควร-ไม่ควร เหมาะสม-ไม่เหมาะสม แล้วต่อด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำ ที่พยาบาลเชื่อว่าถูก ควร และเหมาะสม เป็นต้น นอกจากจะสามารถตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้เจ็บป่วยแล้ว พยาบาลที่ปฏิบัติด้วยความเมตตาและความรักเช่นนี้ยังจะได้สัมผัสและรับรู้ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้เจ็บป่วยอีกด้วย (Watson, 2008) **จึงอาจสรุปได้ว่าเครื่องมือสำคัญที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติงานตามแนวคิดของวัตสัน ก็คือ การสนทนา**

#### **แนะนำวิธีการการดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วย**

ในพื้นที่ที่จำกัดของบทความนี้ ผู้เขียนขอแนะนำวิธีการดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วย 2 วิธีการ เพื่อแสดงให้ผู้อ่านที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจักษ์ถึงความมีอิสระทางวิชาการในการพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใช้ตามบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ

#### **วิธีที่ 1: การแสดงความเห็นใจ-เข้าใจผู้ผู้ป่วย ด้วยความตั้งใจจริง**

วิธีหนึ่งที่ผู้เขียนมักแนะนำให้นักศึกษาใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นใจผู้ผู้ป่วย และปฏิบัติการที่ออกมาจากความตั้งใจจริง คือ การแนะนำให้นักศึกษาเริ่มด้วยการตั้งคำถามใหญ่ว่า "ผู้ป่วยคนนี้เป็นใคร" คำถามนี้จะช่วยย้ำเตือนให้พยาบาลให้ความสำคัญต่อการใช้ชีวิตหรือดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และตระหนักรู้ถึง **การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** แล้วตั้งคำถามรองเพื่อการค้นหาคำตอบ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ภายในตัวผู้ป่วยและที่มีอยู่ในครอบครัว/ที่ทำงาน ต่อไปนี้คือตัวอย่างคำถามรองในกล่องข้อความที่ 1

ผู้ป่วยคนนี้เป็นพ่อ เป็นแม่ เป็นสามี เป็นภรรยาของใคร  
 ผู้ป่วยคนนี้เป็นใครกับสิ่งที่เกิดขึ้น (เช่น เมื่อแพทย์บอกว่าเป็นโรคมะเร็ง หรือผลเลือดเป็นบวก)  
 ผู้ป่วยคนนี้ได้ทดลองทำอะไรมาบ้างแล้วที่เป็นการดูแลตนเอง หรือเพื่อแก้ปัญหาความไม่สบายใจ  
 ผู้ป่วยคนนี้ได้ทรนและต่อสู้เพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยหรือเพื่อให้สบายใจขึ้นเพื่ออะไร เพื่อใคร  
 ผู้ป่วยต้องการเห็นอะไรเกิดขึ้นกับตนหรือกับ..... เมื่อพ้นหายจากความเจ็บป่วย

### กล่องข้อความที่ 1: คำถามรอง

วิธีการดังกล่าวให้ความสำคัญต่อการรู้จักความมีหรือภาวะที่เป็นอยู่ (Existence) ของบุคคล/ผู้ป่วย เน้นให้บุคคล/ผู้ป่วยรู้ว่าตนประสบกับปัญหาและเผชิญหน้ากับปัญหาอะไรและอย่างไร การลองผิดลองถูกบนเส้นทางของชีวิตจนกลายเป็นวิถีชีวิตนี้ถือเป็นการค่อยๆ สร้างสารัตถะของชีวิตหรือสิ่งที่มีความหมายต่อตนเองขึ้นมา (Essence)

อย่างไรก็ตามผู้เขียนพบว่าผู้ปฏิบัติการณ์ในคลินิกส่วนใหญ่ไม่ค่อยคุ้นเคยกับการตั้งคำถามใหญ่ไว้ก่อน ในการประชุมปรึกษากับนักศึกษาขณะฝึกประสบการณ์วิชาชีพ นักศึกษามักนำข้อมูลต่อนี้มารายงานข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา การวินิจฉัยโรค การรักษา และอาการสำคัญ ณ ขณะนั้น (อาจเรียกส่วนนี้ว่า Medical narratives หรือส่วนที่เป็นความเสียหายของร่างกายหรือวัตถุวิสัย) และเมื่อถูกถามว่า "ผู้ป่วยคนนี้เป็นใคร" นักศึกษามักทำทางง คิดในใจว่าก็ให้ข้อมูลอาจารย์ไปหมดแล้ว จะเอาอะไรมาตอบได้อีก แต่เมื่อผู้เขียนถามว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นพ่อของใคร เกิดอะไรขึ้นกับลูกสาว ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลมากมายเช่นนี้ นักศึกษาจึงเข้าใจและเมื่อนำหลักการนี้ไปใช้กับผู้ป่วยในกล่องข้อความที่ 2 "ใครคือนางกระถิน" เป็นกรณีตัวอย่างที่นักศึกษาได้ทดลองใช้วิธีการแสดงความเห็นใจ-เข้าใจผู้ป่วยด้วยความตั้งใจจริง

นักศึกษาสามารถใช้ตนเองในการแสดงความเห็นใจ-เข้าใจผู้ป่วยได้ รู้ได้ด้วยตัวเองว่าจะพูดอะไรกับผู้ป่วย โดยไม่กังวลว่าจะใช้เทคนิคอะไรมากระตุ้นให้นางกระถินบอกความคิดความรู้สึก ผู้เขียนในฐานะอาจารย์นี้เทศไม่ต้องแนะนำวิธีการใช้คำถามหรือเทคนิคต่างๆ นักศึกษาสามารถใช้ธรรมชาติของตัวเองและความตั้งใจจริง ในการทำความเข้าใจและแสดงความเห็นใจผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเอง ไม่รู้สึกผิด ไม่คิดโทษใคร และเริ่มมองเห็นหนทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ขณะฟังคำตอบของผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นต้องฟังอย่างตั้งใจ ผู้เขียนขอแนะนำให้ลองคิดว่าถ้าพยาบาลเป็นผู้ป่วย พยาบาลจะรู้สึกไม่สบายใจ/เป็นทุกข์เพียงใด สัมผัสกับความรูสึกนั้น แล้วพยาบาลจะเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ประมาณหนึ่ง และพิจารณาต่อไปว่าผู้ป่วยคนนี้ซึ่งพยายามต่อสู้กับปัญหามานานพอสมควรแล้ว (เสมือนคนที่หกล้มแล้วลุกไม่ขึ้น) สมควรได้รับฟังคำถามอะไรจากพยาบาล ผู้เขียนเชื่อว่าคำตอบที่ออกมา นั้นจะไม่ใช้คำตอบที่ใช้กันทั่วไป เช่น ดิฉันเข้าใจคุณนะคะ ค่อยๆ คิดนะคะ ใจเย็นๆ นะคะ เป็นต้น ดังตัวอย่างในกล่องข้อความที่ 2: "ใครคือนางกระถิน"

นางกระถิน อายุ 32 ปี ถูกนำส่งแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เนื่องจากตกจากบันไดขณะปีนขึ้นไปจัดสินค้า ศีรษะกระแทกพื้น และกระดูกแขนข้างซ้ายหัก แพทย์ทำการใส่เฝือก และให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1-2 วันเพื่อสังเกตอาการทางสมอง

นางกระถินและสามีเป็นชาวอุบลราชธานี แต่งงานกันมา 10 ปี มีลูกชายอายุ 8 ปี และลูกสาวอายุ 5 ปี อาชีพทำนา เมื่อ 4 ปีก่อนตัดสินใจไปทำงานโรงงานที่จังหวัดชลบุรี แล้วฝากลูกๆ ให้พ่อแม่ช่วยเลี้ยง นางกระถินกับสามีเช่าห้องพักเล็กๆ อยู่ใกล้ๆ กับโรงงาน กินอยู่อย่างประหยัดมาก เพื่อจะได้มีเงินเก็บส่งกลับไปให้พ่อแม่และลูกๆ ใช้

เมื่อพยาบาลเข้าไปค้นหาข้อมูลเพื่อวางแผนการพยาบาล โดยเฉพาะการสำรวจอาการทางสมอง ตรวจเฝือก และค้นหาว่าเพราะเหตุใดผู้ป่วยที่อายุประมาณนี้จึงพลัดตกจากบันไดได้ จากการสนทนากับนางกระถิน ไม่มีอาการสับสน มีอาการปวดแขนเล็กน้อย และเล่าว่านอนไม่ค่อยหลับมา 3-4 คืนแล้ว เพราะใกล้เวลาเปิดเทอมของลูก ต้องเตรียมเงินไว้ให้ลูก ถามพยาบาลว่าต้องใส่เฝือกอีกนานเท่าไร และจะสามารถใช้แขนได้เช่นเดิมหรือไม่ เป็นห่วงที่สามีจะต้องทำงานคนเดียว นางกระถินบอกว่าตนและสามียอมลำบากและยอมอด เพราะอยากให้ลูกได้เรียนสูงๆ จะได้ไม่ลำบากเหมือนตน

พยาบาลแสดงความชื่นชมในจิตวิญญาณแห่งความเป็นแม่ของผู้ป่วย “ความมุ่งมั่นของคุณกับสามีที่จะดูแลและเลี้ยงดูลูก และพ่อแม่ที่น่าชื่นชมมากค่ะ แม้จะมีพ่อแม่ช่วยเลี้ยงลูกให้ แต่ก็คงไม่ถนัดที่จะอยู่ห่างจากพวกเขา” แล้วชวนให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจนกระทั่งเกิดเจ็บป่วย จากการสะท้อนคิด นางกระถินบอกว่า ความกังวลทำให้ทำงานผิดพลาด และเมื่อเจ็บป่วยก็ทำให้ทำงานไม่ได้ เมื่อทำงานไม่ได้ก็ยิ่งกังวลมากขึ้น ในที่สุดนางกระถินก็ได้ข้อสรุปให้กับตนเองว่าการดูแลตนเองให้มีสุขภาพทั้งกายและจิตใจ แข็งแรงเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ด้วยการรับประทานอาหารที่ดี การออกกำลังกาย และการพักผ่อนที่เพียงพอ ซึ่งจะทำให้ตนสามารถทำงานได้เต็มที่ ปัญหาเช่นครั้งนี้ก็จะไม่เกิดขึ้นอีก

## กล่องข้อความที่ 2: "ใครคือนางกระถิน"

จากกรณีตัวอย่างที่แสดงในกล่องข้อความที่ 2 ผู้เขียนขอยืนยันอีกครั้งว่า "การสนทนาที่เปี่ยมด้วยความเห็นใจ-เข้าใจ และเป็นการสนทนาด้วยจิตใจแห่งความเป็นมนุษย์" เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลหนึ่งที่สำคัญ ที่พยาบาลไม่ต้องพกอะไรติดตัวไปด้วย แค่กระดากปากกาหรือดินสอติดตัวไปกับความเต็มใจและความตั้งใจก็เพียงพอแล้ว และหลายๆ ครั้งก็ไม่จำเป็นต้องใช้เวลานาน เพียง 1-2 นาที ก็สามารถบรรเทาทุกข์หรือเยียวยาอะไรบางอย่างให้แก่ผู้ป่วยได้แล้ว

## วิธีที่ 2: การดูแลความทุกข์ของผู้เจ็บป่วยด้วยสุนทรียวิธี หรือสุนทรียสัมพันธ์:

วัตสัน (Watson, 1988) ได้แสดงทัศนะไว้ว่าการกระทำด้วยความรัก ความเมตตา ความจริงใจ และความตั้งใจจริง ที่ผ่านสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างมนุษย์กับมนุษย์ จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในความเชื่อ ทศนคติ ความเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต รู้จักแบบแผนในการทำความเข้าใจและแปลความหมายประสบการณ์ ตระหนักรู้ใน

อิสระที่จะตัดสินใจตามทางเลือกที่มีอยู่ สามารถใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อพัฒนาการดำรงชีวิตอย่างสร้างสรรค์ งดงาม และมีคุณค่า การนำศิลปะมาใช้ในการดูแลบุคคลเป็นการบำบัดทางการพยาบาลหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบทุกด้านของความเป็นองค์รวม (Lane, 2005) มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่แสดงให้เห็นถึงคุณประโยชน์ของศิลปะต่อการสร้างเสริมการเยียวยาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ งานศิลปะถือว่าเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยได้แสดงประสบการณ์การเจ็บป่วยให้พยาบาลได้เข้าใจว่าอะไรมีความหมายหรือเป็นความจริงสำหรับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลได้รู้จักและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลสามารถใช้ศิลปะเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยหลายประเภทหลายโรค หรือที่มีข้อจำกัดในการพูด หรือมีความเจ็บปวดทุกข์ใจอื่นๆ ได้แก่ ผู้ต้องขัง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Price, Arbuthnot, Benoit, Landry, Landry & Butler, 2007)

วัตสันเชื่อว่าศิลปะหรือสุนทรียะวิถึเป็นตัวแปรสำคัญในการทำให้บุคคลมองโลกแตกต่างไปจากเดิม ช่วยส่งเสริมการเยียวยาให้แก่บุคคล ให้บุคคลได้ยังรู้ในการเป็น/การทำ/การรู้แห่งตน ณ ขณะปัจจุบัน (Being/Doing/Knowing in the moment) ศิลปะจึงเป็นกิจกรรมการดูแลที่สำคัญที่พยาบาลใช้ในการสนับสนุนให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เปลี่ยนแปลงตนเอง ปรับเปลี่ยนมุมมองของการใช้ชีวิต และการกระทำ เพื่อการค้นพบหนทางของชีวิตที่งดงามหรือผาสุกร่วมกับโรคภัยหรือความเจ็บป่วยที่มีอยู่ (Watson, 2008, p. 21)

ผู้เขียนมีประสบการณ์ในการนำศิลปะไปใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในชั้นเรียนและในการทำวิทยานิพนธ์ การวิจัย และการบริการวิชาการแก่สังคม ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด ด้วยโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" (สายใจ พัวพันธ์ และคณะ, 2555) การสร้างเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยการนำศิลปะเป็นสื่อให้บุคคลเกิด

ความตระหนักรู้ความคิดความรู้สึกของตนทั้งด้านบวกและด้านลบ (วรรณ ปัทพัต, สายใจ พัวพันธ์ และสงวน ธาณี, 2553) การใช้ศิลปะเป็นสื่อในการปรับเปลี่ยนความรู้สึกหรือมุมมอง รู้จักความเป็นไปได้ที่ไร้ขีดจำกัด และการค้นพบวิธีการอยู่อย่างเบาสบายหรือผ่อนคลายในสถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือไม่พึงประสงค์ ใน "โครงการศิลปกรรมสู่แสงงามแห่งชีวิตและสุขภาพ" (สายใจ พัวพันธ์, สาวิตรี หลักทอง และพรพรรณ ศรีโสภา, 2553) ในบทความนี้ผู้เขียนขอเสนอ 2 กิจกรรมที่ผู้เขียนใช้ศิลปะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด

### กิจกรรม: ริงสรรค์-ปั้นแต่ง

#### จุดเน้นของกิจกรรม

"เด็กน้อย" เป็นตัวแทนของความกล้า ความสนุกสนาน ร่าเริง เบิกบาน ชุกชุน ช่างคิด งอแง ขี้แฉ ไม่เรื่องมาก ที่ทุกคนสร้างไว้ตั้งแต่วัยเด็ก ยังคงดำรงอยู่ในตัวของทุกคนแม้เวลาจะผ่านไป แต่เมื่อบุคคลเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ต่างก็มักจะใช้เวลากับการทำหน้าที่การทำงาน ด้วยความรับผิดชอบ มุ่งสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ "เด็กน้อย" จึงถูกมองว่าไม่สำคัญและไม่มีความจำเป็นสำหรับการประกอบหน้าที่การงานและความรับผิดชอบ "เด็กน้อย" จึงซุกตัวอยู่เงียบๆ ในมุมหนึ่ง และจะกลับมามีบทบาทเมื่อบุคคลต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ทำทนาย คุกคาม คับขัน หลายครั้งที่บุคคลเรียกความเป็น "เด็กน้อย" ขึ้นมาใช้โดยไม่รู้ตัว พยาบาลเน้นย้ำว่า "เด็กน้อย" ยังคงอยู่ภายในของแต่ละบุคคล รอการเรียกใช้อยู่ทุกเมื่อเพื่อสร้างความมีชีวิตชีวา และอาจทำให้เกิดผลดีต่อการทำหน้าที่ต่างๆ หรือในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ดินเหนียว จานพลาสติก ผ้าขนหนู ผืนเล็ก

การดำเนินกิจกรรม พยาบาลหรือผู้บำบัดดำเนินการต่อไปนี้

1. เชิญชวนให้ผู้ป่วยฟังความสนใจที่การหายใจเข้าและหายใจออก เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และสงบนิ่ง และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้าสู่กิจกรรม

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๕๘

2. ชวนให้ผู้ป่วยปลูก "เด็กน้อย" ให้ตื่นอีกครั้ง และชวนให้เด็กน้อยมาร่วมสนุกกับการขยำ และปั้นดินเหนียว ให้เป็นอะไรก็ได้ตามแต่ใจหรือความรู้สึก ณ ขณะนั้นจะพาไป

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อการขยำ และปั้นดินเหนียว และความรู้สึกในสถานการณ์ที่คับข้องใจ จากความชุ่มน้ำหรือแห้งเกินไปของดินเหนียว

**คำตอบคำถามที่ใช้กระตุ้น**

ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรที่ได้ปลูก "เด็กน้อย" ที่หลับไหลมานาน ให้ตื่นขึ้นมา  
 ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรขณะขยำและปั้นดินเหนียว



ตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยคนหนึ่ง "ดิฉันได้ทำกิจกรรมปลดปล่อย บั้นดินเหนียว คือ ดิฉันคิดย้อนไปเมื่อยังเด็กอีกครั้ง ไม่คิดอะไร สนุกไปวันๆ แต่พอโตขึ้นก็มีอะไรหลายอย่างเปลี่ยนไป มันเป็นเรื่องที่ไม่แน่นอน แต่เราอย่าเอามาเป็นทุกข์ เราต้องปล่อยวาง เราจะได้เป็นสุข จะได้ไม่เป็นทุกข์"

**กิจกรรม: สิ่งเล็กๆ ที่เรียกว่าความสุข**

**จุดเน้นของกิจกรรม**

เน้นให้ผู้ป่วยใช้คุณลักษณะของเด็กน้อยคนนั้น ที่ผู้ป่วยค้นพบจากกิจกรรมที่ผ่านมา ประกอบภาพตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้นด้วยเศษวัสดุหลากหลายชนิดที่เหลือใช้

**วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้** กระดาษเทาขาวขนาดใหญ่ กระดาษโปสเตอร์สีต่างๆ กาว เชือกสี กระดุมสีต่างๆ เลื่อมสีต่างๆ ไหมพรมสีต่างๆ ดอกไม้ ไม้ ไม้ กิ่งไม้ และสิ่งของที่เหลือจากกิจกรรมอื่นๆ ให้เป็นภาพอะไรก็ได้ตามแต่ใจหรือความรู้สึก ณ ขณะนั้นจะพาไป

**การดำเนินกิจกรรม** พยาบาลหรือผู้บำบัดดำเนินการต่อไป

1. เชิญชวนให้ผู้ป่วยฟังความสนใจที่การหายใจเข้าและหายใจออก เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และสงบนิ่ง และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้าสู่กิจกรรม

2. ชวนให้ผู้ป่วยปลูก "เด็กน้อย" ให้ตื่นอีกครั้ง และชวนให้เด็กน้อยมาร่วมสนุกกับการปะติดปะต่อกระดาษโปสเตอร์สีต่างๆ เชือกสี กระดุมสีต่างๆ เลื่อมสีต่างๆ ไหมพรมสีต่างๆ รวมทั้งดอกไม้ ไม้ ไม้ กิ่งไม้ หรือสิ่งของที่เหลือจากกิจกรรมอื่นๆ ให้เป็นภาพอะไรก็ได้ตามแต่ใจหรือความรู้สึก ณ ขณะนั้นจะพาไป

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อการปะติดปะต่อเป็นภาพด้วยวัสดุหลากหลายชนิดที่เหลือใช้

### คำถามที่ใช้กระตุ้น

ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรที่ได้ปลุกความเป็น "เด็กน้อย" ให้ตื่นขึ้นมา สนุกกับวัสดุหลากหลายชนิดที่เหลือใช้  
ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรขณะทำงานศิลปะ ประติมากรรมต่อด้วยการใช้วัสดุต่างๆ



ตัวอย่างคำตอบของผู้ป่วยคนหนึ่ง "นึกถึงตอนฝนกำลังตก และใบไม้โดนลมแรงพัดปลิวลงมาจาก ต้นไม้ ชอบเวลาที่ฝนตกลงมากระทบหลังคาบ้าน เพียงแต่เราได้มอง ก็ทำให้เรามีความสุขแล้ว เช่นเดียวกับใบไม้ ต้นไม้ เวลาที่มองอะไรที่เป็นสีเขียวแล้วรู้สึกสบายใจ เป็นความสุขที่เราไม่ต้องไปซื้อหา เพียงแต่แค่มั่นอยู่รอบ ตัวเราเท่านั้น ในขณะที่ทำก็ย้อนไปรู้สึกถึงความสุขตอนนั้น"

### สรุป

การใช้ความจริงแห่งชีวิตประกอบกับการทำความเข้าใจเนื้อหาสาระของบทความนี้ ผู้อ่านคงจะเข้าใจได้มากขึ้นถึงการแสวงหาหนทางที่ดีที่สุดให้แก่ชีวิต และเป็นทุกข์เมื่อประสบปัญหาหรือเกิดความเจ็บป่วยระหว่างการเดินทาง การปฏิบัติของพยาบาลด้วยความเห็นใจ-เข้าใจ ความเมตตา-ความรัก ของพยาบาลในช่วงเวลานั้นควบคู่ไปกับการรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์

และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและทันยุคทันสมัย จะช่วยให้ผู้เจ็บป่วยเกิดการเรียนรู้ว่าควรทำอะไรต่อไปเพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปอย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง การบอกเล่าประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้เจ็บป่วยเมื่อได้รับการดูแลจากพยาบาลแต่ละครั้งถือเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่สำคัญที่สามารถนำมาพัฒนาเป็นวิธีการวัดผลลัพธ์เชิงปริมาณได้ ซึ่งผู้เขียนจะนำเสนอในตอนต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ กาญจนนิกร. (2559). *โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะต่อความทุกข์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณมา ปัดพัด, สายใจ พัวพันธ์ และ สงวน ชานี. (2553). "การบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะต่อความทุกข์ทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม". *วารสารคุณภาพการพยาบาล*. (1):17-28.
- สายใจ พัวพันธ์, สาวิตรี หลักทอง, พรพรรณ ศรีโสภา, ลาวัลย์ รักษาเวศ และพิชญภา พิษะยะ. (2555). *ผลของการใช้ศิลปกรรมในโปรแกรม "กล้าอยู่อย่างเบิกบาน" ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด*. สนับสนุนทุนวิจัยโดย สำนักงานโครงการวิจัยในอุดมศึกษา และพัฒนา มหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
- สายใจ พัวพันธ์, สาวิตรี หลักทอง และพรพรรณ ศรีโสภา . (2553). *โครงการศิลปกรรมสู่งามแห่งชีวิตและสุขภาพ (Art for the Beauty of Life and Health)*. ทุนสนับสนุนโดย แผนงานพัฒนาเครือข่ายเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (สัญญาเลขที่ 52-06-52 รหัสโครงการ 52-2-06-4-52).
- Fitzpatrick, J. J. & Whall, A. L. (2006). *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*. Fourth Edition. New Jersey : Pearson Prentice Hall.
- Fitzpatrick, J. J. . (2006). Fitzpatrick's Life Perspective Rhythm Model. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall. *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*. 4 th . New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Morse, J.; Bottorff, J.; Anderson, G. & Solberg, S. (2006). "Beyond empathy: Expanding Expressions of Caring". *Journal of Advanced Nursing* (30<sup>th</sup> anniversary issue) : 75-89.
- Parker, M.E. (Editor) (2005). *Nursing theories and nursing practice*. Second Edition. Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Shah, B. M., Gupchup, G. V., Borrego, M. E., Raisch, D. W. & Knapp, K. K. (2012). "Depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus : Do stress and coping matter?". *Stress and Health* . (28): 111-122.
- Swan, E. (2011). "Colostomy, management and quality of life for the patient". *British Journal of Nursing*, 20(1): 22-28.
- Townsend, A., Wyke, S. & Hunt, K . (2006). " Self-managing and managing self: practical and moral dilemmas in accounts of living with chronic illness". *Chronic Illness*. (2): 185-194.

- Watson, J. (1988). *Nursing : Human science and human care : A theory of nursing*. New York : NLN.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. New York : Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2008). *Nursing : The philosophy and science of caring*. Revised edition. Colorado : University Press of Colorado.



# มุมมองของพยาบาลต่อการให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม

## The Care of Person with Dementia : Perspective of Nurse

ปิติพร สิริทิพากร\*

### บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังทั่วไป เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่สมองสูญเสียความสามารถเกี่ยวกับความจำ สติปัญญา ความเป็นเหตุเป็นผล และ/หรือมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจนเกิดภาวะพึ่งพา ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งในระยะสั้นและ

ระยะยาว พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงภาวะสมองเสื่อมและการให้การดูแลในแต่ละระยะของโรค เพื่อที่จะสามารถวางแผนการพยาบาลและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และญาติดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและควมมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

### Abstract

Caring for elderly patients with dementia is different from caring for elderly patients with general chronic diseases. Dementia is a brain disorder that affects to cognitive functions such as memory, intellect, rationality, behavioral and personality changes and/or psychological symptoms. This will cause dependency and need to help in performing

daily living activitus, both short and long-term care. Therefore, nurses need to understand the stages of dementia and provide care in each stage of the disease in developing the nursing care plan that would empower the form lies and caregivers for the effectiveness of care and quality of life both elderly patients and caregivers.

---

\*พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

### ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุโดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจำนวน 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.8 ของประชากรทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) ถึงแม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์จะสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไปได้แต่ร่างกายก็ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยต่างๆ โดยเฉพาะการเสื่อมของสมองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จึงเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยในปี 2558 มีจำนวนมากถึง 600,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 1,117 ล้านคน และ 2,077 ล้านคน ในปี 2573 และ 2593 (Dementia in the Asia Pacific Region, 2014) ภาวะสมองเสื่อมนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ บางชนิดรักษาได้ บางชนิดรักษาไม่ได้ ทั้งนี้พบภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ที่จัดอยู่ในกลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่รักษาไม่ได้มากที่สุดถึงร้อยละ 40-70 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น เช่น ถามคำถามซ้ำซาก ทำกิจกรรมซ้ำซาก หรือผู้ป่วยวางอะไรไว้แล้วจำไม่ได้แล้วมีอาการหลงผิดกล่าวโทษผู้อื่นว่ามาขโมยของ สูญเสียความสามารถของการใช้ภาษา การตัดสินใจ ความรู้ความสามารถเฉพาะด้านที่เคยทำได้เป็นอย่างดีมาก่อน บางรายมีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หรืออาจมีอาการของโรคทางจิต เช่นมีความระแวงว่าภรรยาหรือสามีจะมีชู้ หวาดระแวงว่ามีขโมยในบ้าน จนกระทั่งในที่สุดเมื่อภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงระยะปานกลางและสุดท้าย (Moderate to severe) จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานในการดูแลตัวเอง รับผิดชอบการทำงานที่ทางด้านสังคมและอาชีพ จนในที่สุดผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะพึ่งพา ไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยตรงเพราะส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นจะเป็นการดูแลที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือวิกฤตแต่ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลช่วยเหลือในการทำวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด ต้องคอยเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ การเดินทางหรือสูญหาย และยังต้องจัดการด้านทรัพย์สิน การเงิน ตลอดจนการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การดูแลเหล่านี้ต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องในระยะเวลานานทำให้เป็นภาระหนักสำหรับญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ โกรธ หงุดหงิดรำคาญใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ เป็นต้น (วรรณนิภา สมมวารวรรณ, 2537) จากการที่ต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมตลอดเวลา บางรายทอดทิ้งหรือทำร้ายผู้ป่วยทั้งร่างกายและวาจา (พรธนี จันทร์อินทร์, 2547) ผลกระทบดังกล่าวนี้อาจจะมีมากน้อยแตกต่างกันไปตามอาการเจ็บป่วย ระยะของภาวะสมองเสื่อมและความพร้อมของญาติผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติมากที่สุดจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดูแลรักษาเพื่อที่จะสามารถวางแผนการพยาบาล การเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล รวมถึงการสนับสนุนญาติผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งครอบครัว

### ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม หรือ Dementia มาจากคำว่า "Demens" ซึ่งมาจากภาษาละติน แปลว่า ภาวะที่หลุดออกไปจากโลกของความเป็นจริง (Being out of mind) สำหรับประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไว้หลายท่าน ดังนี้

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีการเสื่อมการทำงานของสมองทั้งหมด และส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับ ความจำ ความรอบรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2557)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๕๘

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ กลุ่มอาการซึ่งเกิดมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมๆกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนทำให้ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำไม่ได้ เพราะมีการเสื่อมของระบบความจำและการใช้ความคิดด้านต่างๆ และสูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรือการควบคุมตนเองมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานรวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน (Alzheimer’s Disease International and Alzheimer’s Australia, 2014)

สรุป ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ ภาวะที่สมองทำงานลดลงจากเดิม ซึ่งไม่ได้เป็นมาโดยกำเนิด ส่งผลให้ ความจำ ความคิด ความรู้และการตัดสินใจอย่างเป็นเหตุเป็นผลแย่งลง มีความผิดปกติทางด้านภาษา มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ บุคลิกภาพ และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

**สาเหตุภาวะสมองเสื่อม**

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมเกิดได้หลายสาเหตุ ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด ในที่นี้จะแบ่งสาเหตุภาวะสมองเสื่อมเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ภาวะสมองเสื่อมที่รักษาไม่ได้ และภาวะสมองเสื่อมที่รักษาได้

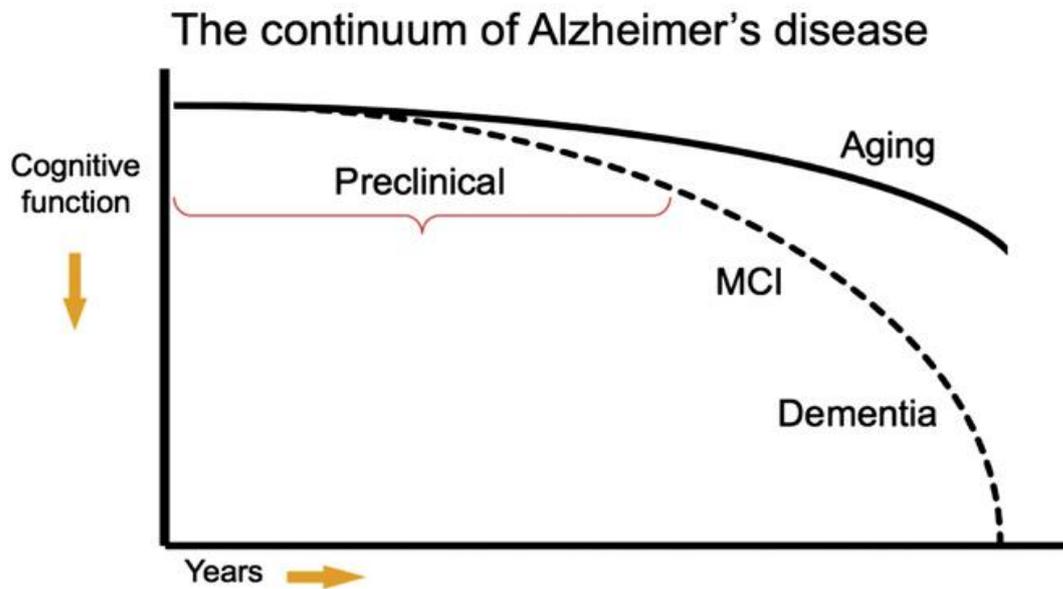
ภาวะสมองเสื่อมที่รักษาไม่ได้ เกิดจากความเสื่อมของเซลล์สมอง (Neurodegenerative disorders) ภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s diseases: AD) ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson disease dementia:

PDD) ภาวะสมองเสื่อมลีวี่บอดี (Dementia with lewy bodies: DLB) ภาวะสมองเสื่อมพรอน โทเทมเพอร์ลโล (Frontotemporal lobar degeneration: FTLD) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

ภาวะสมองเสื่อมที่รักษาได้และพบบ่อยในประเทศไทย คือ ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ขาดวิตามินบี 12 (Vitamin B12 deficiency) โพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) ภาวะซึมเศร้า (Depression) อุบัติเหตุทางสมอง การใช้ยาเสพติด โรคติดเชื้อในสมอง (CNS infection) เช่น Meningitis, Syphilis, Encephalitis และ HIV (Sperling R.A., Aisen P.S., Beckett L.A., Bennett D.A., Craft S, Fagan A.M., et al, 2011) หากแพทย์วินิจฉัยสาเหตุและผู้ป่วยได้รับการรักษาแก้ไขที่สาเหตุแล้วพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

**การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม**

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมจะเป็นไปอย่างช้าๆ อาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือปี ผู้ป่วยถึงจะแสดงอาการหลงลืมผิดปกติชัดเจนเนื่องจากโดยทั่วไปทั้งผู้ป่วยและญาติรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์มักมีความเข้าใจผิดอยู่เสมอว่าอาการหลงลืมเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Preclinical) การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) และการดำเนินของภาวะภาวะสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ ได้แสดงไว้ในรูปที่ 1 (Sperling R.A., et al, 2011)



รูปภาพที่ 1 แสดงการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

R.A. Sperling et al. / Alzheimer's & Dementia (2011)

#### การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

จุดมุ่งหมายของการคัดกรองเพื่อให้ตรวจพบภาวะสมองเสื่อมในระยะต้นในประเทศไทยยังมีปัญหาและอุปสรรคมากมายทั้งด้านผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอถึงภาวะสมองเสื่อมจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่มีอาการเริ่มแรก ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยพบโรคได้เร็ว นอกจากจะสามารถชะลออัตราการเสื่อมของสมองได้ ยังจะสามารถลดปัญหาแทรกซ้อนของโรคและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อีกด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองที่เหมาะสมคือ ต้องกระชับการใช้เวลาในการทำการทดสอบ ทำได้ง่าย ผลการทดสอบไม่ขึ้นกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาษามีความไวจำเพาะที่เพียงพอและครอบคลุมในการประเมินความรู้ คิดด้านต่างๆ สำหรับเครื่องมือที่ใช้บ่อยในประเทศไทย มีการแปลเป็นภาษาไทยและได้มีการทดสอบความแม่นยำในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยแล้ว (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) คือ

1. Mini-Mental State Examination (MMSE)/MMSE-Thai 2002
  2. Thai Mental State Examination (TMSE)
  3. Clock Drawing Test (CDT)
  4. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
  5. Chula Mental test
- สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองในปัจจุบันอื่นๆ ได้แก่ Abbreviated Mental Test (AMT), Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE), Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS), Brief Community Screening Instrument for Dementia (CSI 'D'), 7-minute Screen (7MS) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

**การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม**

เกณฑ์การวินิจฉัยที่นิยมใช้มากที่สุดคือเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013)

ก. การซักประวัติ ข้อมูลประวัติถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แพทย์พยาบาลจึงควรซักประวัติจากญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดที่ช่างสังเกตและที่พักอาศัยร่วมกับผู้ป่วย โดยแยกจากการซักประวัติจากผู้ป่วยโดยตรง ซักถามถึงความจำ พฤติกรรมและอารมณ์ ความสามารถในการทำงาน และการช่วยเหลือตัวเองที่เปลี่ยนไปจากระดับเดิมว่าเกิดขึ้นอย่างช้าๆ หรือเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

ข. การตรวจร่างกาย แพทย์จะตรวจร่างกายเพื่อตรวจหาโรคร่วม ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย การมองเห็นและการได้ยิน นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญ

ของการตรวจร่างกายในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมคือเพื่อแยกระหว่างภาวะสมองเสื่อมกลุ่ม Primary degenerative และ Secondary dementia ออกจากกัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

ค. การตรวจทางจิตประสาทเบื้องต้น โดยใช้แบบทดสอบที่ได้กล่าวมาในหัวข้อการประเมินปัญหาเรื่องความจำของผู้ป่วย (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

ง. การตรวจทางห้องปฏิบัติการมีจุดประสงค์หลักเพื่อแยกโรคที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ ที่อาจรักษาได้ และเพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ประโยชน์ที่ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังทำให้ทราบถึงภาวะพื้นฐาน โรคร่วมของผู้ป่วยก่อนการรักษาภาวะสมองเสื่อมด้วย โดยรายการของการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

**ตารางที่ 1 แสดงรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการและวัตถุประสงค์**

ชนิดของการตรวจ	วัตถุประสงค์
CBC	เพื่อหาHypersegmented neutrophils และ Megaloblasts ซึ่งพบในภาวะขาดวิตามินบี12 และความผิดปกติอื่นของเลือด เช่น ภาวะanemia
Fasting Blood Sugar	เพื่อตรวจหาภาวะน้ำตาลที่ผิดปกติ
Electrolyte	เพื่อตรวจหาระดับเกลือแร่ในเลือดที่ผิดปกติ
Calcium	ระดับแคลเซียมในเลือดที่สูง ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้
BUN/Cr	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในไต
Liver function test	เพื่อตรวจหาความผิดปกติของการทำงานของตับ
VDRL	เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิส
Thyroid Function (T <sub>3</sub> , Free T <sub>4</sub> , TSH)	เพื่อตรวจหาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์
Vitamin B <sub>12</sub> / Folate	เพื่อตรวจหาภาวะทุพโภชนาการ เช่น ภาวะพร่องวิตามิน B <sub>12</sub> ซึ่งทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้

จ. การตรวจภาพถ่ายรังสีสมอง CT scan หรือ MRI brain เพื่อใช้วินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อม ติดตามการรักษา และเพื่อหาสาเหตุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดอาการคล้ายกับ Neurodegenerative disease (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

นอกจากนี้ยังมีภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน (Delirium) ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ได้ แต่จะสามารถคัดกรองแยกออกจากภาวะสมองเสื่อมได้ไม่ยาก คือ ภาวะซึม

สับสนเฉียบพลัน (Delirium) นี้จะมีอาการสับสนหลงลืม ความคิดไม่เป็นระบบ และระดับความรู้สึกรู้ตัว เช่น ซึม เพื่อ วนวาย เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (ชั่วโมง-วัน) ในขณะที่ภาวะสมองเสื่อมอาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ (เดือน-ปี)

**อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะ**  
เนื่องจากการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม เป็นไปอย่างช้าๆ จึงสามารถแบ่งตามความรุนแรงของโรคได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะ (Stage)	อาการและอาการแสดง
ระยะต้น (Mild dementia) (ประมาณ 1-3 ปี)	ผู้ป่วยจะมีความจำระยะสั้นหรือความจำที่เพิ่งเกิดขึ้นบกพร่องไป เช่น ลืมการสนทนาที่เพิ่งพูดไป ทำให้ผู้ป่วยจะพูดซ้ำๆ หรือถามซ้ำๆ ในคำถามที่ได้เคยถามไปแล้ว เป็นต้น แต่เหตุการณ์ในอดีตจะยังจำได้ดี บางรายอาจมีปัญหาในการใช้ภาษา คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกใช้คำได้ถูกต้องหรือ เรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง
ระยะกลาง (Moderate dementia) (ประมาณ 2-10 ปี)	อาการลืมเหตุการณ์ปัจจุบันเป็นมากขึ้น รวมถึงสิ่งที่ได้ทำไปแล้วไม่ได้ และความทรงจำเก่าๆ ในอดีตก็จะเริ่มเสียไป เช่น จำญาติไม่ได้ เป็นต้น อาการลืมส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทำให้การดูแลตนเองบกพร่องลงไป เช่น ไม่อาบน้ำ ลืมวิธีอาบน้ำ รับประทานอาหารแล้วบอกว่ายังไม่ได้รับประทาน ญาติผู้ดูแลต้องเตือนเมื่อถึงเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ และในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล บางรายมีอาการและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีเห็นภาพหลอนหรือหูแว่ว และมีอาการหวาดระแวงได้ เช่น ระแวงว่าสามีหรือภรรยา มีชู้ ระแวงว่าจะมีขโมย เป็นต้น เป็นระยะที่ญาติผู้ดูแลจะมีความเครียดในการดูแลอย่างมาก จากอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนในแต่ละวัน
ระยะสุดท้าย (Severe dementia) (ประมาณ 3-12 ปี)	ความจำจะแย่ลงมาก ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำคนใกล้ตัวได้ เช่น บุตร สามีหรือภรรยา แม้แต่ตัวผู้ป่วยเอง พูดน้อยลงหรือไม่พูดเลย ในที่สุดผู้ป่วยจะพูดไม่ได้ เดินไม่ได้ กลืนอาหารไม่ได้ นอนติดเตียง ต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

## การรักษา

หลักการทั่วไปจะเน้นการรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นหลักเพราะเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุดในการรักษาภาวะสมองเสื่อม รูปแบบการรักษาโดยไม่ใช้ยานั้นมีหลากหลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และตามความสามารถ ความสนใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากความสามารถจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาในการดำเนินของโรค โดยมีรูปแบบดังต่อไปนี้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

1. Cognitive training โดยการกระตุ้นสมรรถภาพของสมองในทุกๆ ด้าน ซึ่งสามารถทำเป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัวก็ได้ โดยการพูดคุยหรือให้ข้อมูลสถานการณ์เหตุการณ์ประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ ทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องหรือจะเป็นการเล่นเกมนอ่านหนังสือ ทำกิจกรรมร่วมกันกับญาติ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

2. Memory training วิธีนี้ใช้ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยยังมีระดับความจำที่ยังใช้ได้ อาจจะเป็นภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกถึงปานกลาง กระตุ้นความจำโดยการฝึกทักษะที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ดีมาก่อน เช่น สวดมนต์ ร้องเพลง ฟังเพลงที่คุ้นเคย เกมทายชื่อสิ่งของ เกมทายชื่อคน เพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำให้อยู่ในระดับเดิมมากที่สุด ข้อควรระวังต้องไม่มากเกินไปเพราะผู้ป่วยจะเกิดความเครียด ไม่สบายใจที่จำไม่ได้ขึ้นมาได้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

3. Skill training โดยการฝึกทักษะกิจกรรมใหม่ๆ และง่าย เช่น การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน การแต่งตัว การเดินรำ-ฟ้อนรำ การเล่นเกม การเขียนบันทึกประจำวัน เพื่อรักษาระดับความสามารถของ

ความจำให้อยู่ในระดับเดิมมากที่สุด และเกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการฝึกโปรแกรมต่างๆ เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของระบบประสาทและสมอง และการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองในด้านต่างๆ ดังที่ได้ยกตัวอย่างไปข้างต้นพบว่า แต่ละการศึกษาแต่ละโปรแกรมมีการใช้หลายเทคนิคในการฝึก จึงไม่สามารถระบุได้ว่าเทคนิคใดช่วยชะลอความเสื่อมได้ดีที่สุด แต่ควรใช้การฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 5 เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของส่วนต่างๆ ของสมองให้มีการทำงานที่เชื่อมโยงกัน (วารสารเกรียงไกรศักดิ์ และเสรี ชัดเข้ม, 2555)

หากแต่ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ที่พบได้บ่อยในหลายประเทศทั่วโลก ปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายขาด การรักษาโดยใช้ยาที่ใช้ในปัจจุบันเป็นเพียงตัวช่วยในการชะลอการเสื่อมของเซลล์สมอง ซึ่งมี 4 ชนิดคือ Donepezil, Rivastigmine, Galantamine ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม Cholinesterase inhibitors (ChEIs) และ Memantine ที่จัดเป็น non-competitive inhibitors มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความจำ การรู้คิด และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลควรแนะนำถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากยาให้แก่ญาติหรือผู้ดูแล เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลได้คอยสังเกตดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน และสามารถนำมาปรึกษาแพทย์และปรับยาในการรักษาต่อไป อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) คือ

1. ระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Bradycardia, Dizziness, Asthenia และ Fatigue เป็นต้น
3. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น นอนไม่หลับ ผื่นร้าย agitation กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว

ตารางที่ 2 แสดงรายการยา ราคาและสิทธิการเบิกในปัจจุบัน (Update 20 ม.ค. 2559 โรงพยาบาลศิริราช)

Ingredient	Trade name	Dose	ราคา/ เม็ด (บาท)	สิทธิการเบิก		
				สปสช.	ประกันสังคม	ข้าราชการ/ เบงค์ชาติ
Donepezil	Aricept	5 mg	145	✗	✗	✓
		10 mg				
		23 mg				
	Dozemo	5 mg	38	✗	✓	✓
		10 mg	52.50	✗	✓	✓
Galantamine	Reminyl	8 mg	106	✗	✓	✓
		16 mg	159			
Rivastigmine	Exelon	1.5 mg	78	✗	✗	✓
		3 mg				
		4.5 mg	81			
		6 mg				
	Rivasta	1.5 mg	41	✗	✗	✓
		3 mg		✗	✗	✓
	Exelon solution 50 ml (2mg/ml)		1,855	✗	✓	✓
	Exelon Patch	4.6 mg/24hr.	161	✗	✗	✓
		9.5 mg/24 hr.				
		15 mg/24 hr.				
Memantine	Ebixa	10 mg	103	✗	✗	✓
			54.50	✗	✓	✓
	Ebixa	20 mg	201	✗	✗	✓
		Ebixa solution 50 ml (5mg/pump)	4,677	✗	✗	✓

หมายเหตุ ✗= เบิกไม่ได้ ✓= เบิกได้

**ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม**

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ในด้านต่างๆ รวมถึงภาวะอันตรายที่เกิดจากการขาดความระมัดระวัง ได้แก่ อุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม มีบาดแผล น้ำร้อนลวก เดินหลงทาง สูญหาย เป็นต้น การรับประทานสิ่งที่รับประทานไม่ได้ เช่น สบู่ น้ำยาล้างจาน น้ำมันก๊าด เป็นต้น ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เคลื่อนไหวได้น้อย จะพบภาวะแทรกซ้อนจากการอยู่หนึ่ง ได้แก่ ภาวะติดเชื้อที่ปอด ระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ เป็นต้น (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2551)

**ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม**

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อในหลายด้านด้วยกัน (New Zealand's Industry Training Organization, 2016) คือ

**ด้านผู้ป่วย**

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ย่อมได้รับผลกระทบโดยตรงที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถหลายด้าน ดังนี้

- 1) Cognitive effects สับสนเวลา สถานที่ บุคคลสูญเสียความจำระยะสั้น ขาดสมาธิ พุดซ้ำถามซ้ำ สับสนทิศทาง หลงทาง กลับบ้านไม่ถูก มีความยากลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ความสามารถในการคิด การใช้เหตุผล การตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาแย่ง เป็นต้น
- 2) Function effects มีความยากลำบากในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ดำเนินชีวิตประจำวัน สูญเสียการจัดการทางการเงิน มีความยุ่งยากในการรักษาความปลอดภัยจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า และเครื่องครัว เพราะผู้ป่วยจะขาดความระมัดระวัง เช่น เปิดแก๊ส ต้มน้ำร้อน เปิดเตารีดทิ้งไว้ เป็นต้น มีปัญหาในการสื่อสาร นึกคำพูดไม่ได้ พุดหยาบ พุดไม่ถูกกาลเทศะ ฟังคำพูดไม่เข้าใจ หรือเข้าใจไปเอง เป็นต้น

**ด้านผู้ดูแลแบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้**

1. ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical impacts)  
จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในไทยและต่างประเทศพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพมากกว่าโรคอื่นๆ และผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย จะมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ในรายที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้ไม่ได้รับประทานยาและอาหารตามเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาพบแพทย์ตามนัด โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย ซึ่งทั้งคู่จะอยู่ในวัยสูงอายุด้วยอยู่แล้ว จะทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายมากกว่า อากาการทางกายที่พบบ่อยได้แก่ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อตามตัว ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีปัญหาระบบขับถ่าย เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจาก (พรรัตน์ จันทร์อินทร์, 2547)

1) การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้น เป็นภาระของญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ตั้งแต่ ตื่นนอนจนถึงเข้านอน ทำให้สุขภาพทางกายของผู้ดูแลทรุดโทรมลง น้ำหนักตัวลด พักผ่อนไม่เพียงพอ (Carers ,2005) ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น ปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และเกิดการเจ็บป่วยทางกายขึ้นได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปวดศีรษะเรื้อรัง (Lipton & Marshall , 2013) ในผู้ดูแลบางรายที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ทำให้ผู้ดูแลยิ่งไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ทั้งในยามปกติ และเมื่อเจ็บป่วย สุขภาพของผู้ดูแลจึงเสื่อมมากขึ้น (Ory , Hoffman Yee , Tennstedt & Schulz , 1999).

2) จากภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง การเสื่อมถอยของความสามารถในการดูแลตนเองไปเรื่อยๆ ยิ่งนานวัน

ภาระในการดูแลจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมทางกายได้ เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการขาดการออกกำลังกาย (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) และจากการศึกษาของ Ory, et al (1999) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวที่ชื่นชอบ

3) จากภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดความตึงเครียดทางด้านร่างกาย มีอาการของโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งเกิดจากความเครียดในการดูแล มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด (Finkel, 2001) และในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมบางรายที่มีปัญหาการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระเรื้อรัง ส่งกลิ่นเหม็น รบกวนจนทำให้ผู้ดูแลรับประทานอาหารไม่ลงจึงทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านโภชนาการของผู้ดูแลด้วย (Brown, 1991)

## 2. ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional impacts)

จากการที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมตลอดเวลา และต้องรับภาระหนักอยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ วิตกกังวล หงุดหงิด (พารุณี เกตุกราย, 2550) และจากการศึกษาของ วรรณนิภา สมนาวรรณ (2537) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 86.2 ยอมรับว่าตนเองรู้สึกหนักใจ ลำบากใจ หรือเกิดความเครียด อันเนื่องมาจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จากงานวิจัยของ พารุณี เกตุกราย (2550) ศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทญาติหรือผู้ดูแล พบว่า มีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านบวก คือญาติหรือผู้ดูแลได้ทดแทนบุญคุณ เกิดความภูมิใจที่ได้ดูแล รู้สึกใกล้ชิดผูกพัน และยังพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลได้รับความรู้จากประสบการณ์ดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งยังสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับญาติหรือผู้ดูแลอื่น ส่วนผลกระทบด้านลบ พบว่า

ญาติหรือผู้ดูแล ได้รับผลกระทบในการดูแลผู้ป่วย ในด้านร่างกายมากที่สุด โดยทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย ร่องลงมาเป็นเรื่องการพักผ่อนไม่เพียงพอ หงุดหงิดง่าย และวิตกกังวล ส่วนในด้านสังคม พบในเรื่องการมีเวลาเป็นส่วนตัวน้อยลง

งานวิจัยของ พารุณี จันทรินทร์ (2547) ได้ศึกษาพบว่า จากการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันไปจากเดิม ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาที่ย่างกัด หรือบางครั้งไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสม ตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ก่อให้เกิดความกดดันสะสมในทุกๆ ด้าน เช่น ด้านจิตสังคม สุขภาพกาย เศรษฐกิจ ระบบครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและความรู้สึกเหนื่อยล้า และทำให้รู้สึกเป็นภาระ ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรม การดูแลตนเองลดลง อย่างไรก็ตาม ผลกระทบอาจมีมากน้อยแตกต่างกันตามอาการเจ็บป่วยและระยะของภาวะสมองเสื่อม

## 3. ผลกระทบทางสังคม (Social impacts)

จากภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะมีสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ ผู้ดูแลจะถูกตัดขาดจากสังคมภายนอกเกือบทั้งหมด เพราะไม่มีเวลาในการเข้าสังคม และเกิดความพร่องในบทบาทหน้าที่ เช่น ภรรยาที่ดูแลมารดาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ส่งผลกระทบให้เกิดความขัดแย้งกับสามีได้ และการมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างญาติพี่น้อง และยังสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้านได้ จึงจะถูกลี้มจากญาติ เพื่อนฝูงที่ละน้อย แม้แต่ญาติที่จะมาเยี่ยมก็จะน้อยลง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ขาดความมั่นใจ รู้สึกโดดเดี่ยว (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537; พารุณี จันทรินทร์, 2547)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (Financial impacts)

เนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่ ต้องปรับเปลี่ยนการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาเป็นบางเวลาหรือบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ทำให้รายได้ลดลงและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการดูแล ซึ่งจะเห็นได้จากจากราคายา ตามสิทธิการเบิก ในตารางที่ 2 ข้างต้น ครอบครัวที่ไม่มีสิทธิในการเบิกจ่ายได้ จะต้องรับภาระในการใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างมาก ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก เช่น แพมเพิร์ส การตรวจรักษา อาหารหรือ สารอาหารทางการแพทย์ เป็นต้น (วรารกร เกரியงไกรศักดิ์ และเสวี ชัดเข้ม, 2555)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยนั้นจะมีค่านิยมในการตอบแทนคุณของบุพการี ด้วยการเลี้ยงดูยามชรา และการเคารพผู้อาวุโส แม้ว่าผู้สูงอายุนั้นจะเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทำความยุ่งยาก ลำบาก หรือมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวาย ความไม่สงบขึ้นในครอบครัวก็ตาม อาการของภาวะสมองเสื่อมเหล่านี้จะทำให้ญาติหรือผู้ดูแลอาจเกิดความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตัวเองต้องการได้ น้อยใจกับสภาพชีวิตของตัวเอง และมีความรู้สึกผิด เมื่อตนเองแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ญาติหรือผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนอย่างสูงที่จะต้องควบคุมอารมณ์ของตนเองให้ดีพอ หากไม่มี

ความรู้ การจัดการและการบริหารที่ดี ก็จะทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่างๆ มากมายดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ญาติหรือผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอีกด้วย

**บทบาทของพยาบาลในการวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม**

หลักสำคัญสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะมีเป้าหมายที่แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรค ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะเริ่มต้น (Mild Dementia) ระยะกลาง (Moderate Dementia) และระยะสุดท้าย (Severe Dementia) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพตั้งแต่การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินสมรรถภาพสมอง และต้องประเมินถึงความรู้ความสามารถของทั้งผู้ป่วยและญาติในทุกๆ ด้านรวมถึงประเมินสภาพแวดล้อม เพื่อพยาบาลจะได้วางแผนในการดูแลร่วมกันกับญาติผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงขอสรุปเป้าหมายหลักในการพยาบาลแต่ละระยะดังตารางด้านล่างนี้

ตารางที่ 3 แสดงการให้พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะ

Stage	การให้การพยาบาล
<b>Mild Dementia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อาการและอาการแสดง แผนการรักษา ยาที่ให้และผลข้างเคียง</li> <li>2. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อาการและอาการแสดง แผนการรักษา ยาที่ให้และผลข้างเคียง</li> <li>3. กระตุ้นสมรรถภาพของสมองด้วยกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ อาทิเช่น การเย็บปักถักร้อย การทำอาหาร การปลูกต้นไม้ การร้องเพลง การเดินรำ ออกกำลังกาย เป็นต้น</li> <li>4. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป และโรคร่วมต่างๆ</li> <li>5. การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วย</li> <li>6. การเตรียมผู้ดูแลหลักและรอง (ถ้ามี) เนื่องจากเป็นการดูแลที่ยาก ซ้ำซ้อน ยาวนาน ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้พักผ่อนพักผ่อน มีเวลาเป็นส่วนตัวบ้างจะได้เป็นการฟื้นฟูสุขภาพทั้งกายและใจ คลายความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแล</li> <li>7. วางแผนร่วมกันกับญาติหรือผู้ดูแลในระยะยาว ทั้งด้านสุขภาพ การเงิน สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย การรับมือกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการวางแผนดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต</li> <li>8. เริ่มการพูดคุยกับญาติและครอบครัวในการมอบอำนาจหรือการตั้งผู้อภิบาลประเด็นด้านกฎหมายต่างๆ</li> <li>9. ให้กำลังใจ ตอบข้อสงสัยต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ</li> <li>10. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)</li> </ol>
<b>Moderate Dementia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยจะหลงลืมมากขึ้น อาจจะต้องเตือนและช่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การสื่อสาร การอาบน้ำ แปรงฟัน การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การหลงทาง หายสาบสูญ การพลัดตก หกล้ม เป็นต้น</li> <li>2. ให้กำลังใจกับญาติผู้ดูแลในการจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) โดยแนะนำให้ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ไปเรื่องอื่นและจัดการกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการก้าวร้าว วุ่นวาย</li> </ol>

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงการให้พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะ

	<p>3. กระตุ้นสมรรถภาพของสมองด้วยกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและสนใจ อาทิเช่น การเย็บปักถักร้อย การทำอาหาร การปลูกต้นไม้ การร้องเพลง การเดินร่ำ ออกกำลังกาย เป็นต้นในระยะนี้กิจกรรมที่จะกระตุ้นการรู้คิดของผู้ป่วยต้องไม่ยากจนเกินไปเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ไม่สบายใจที่ทำหรือจำไม่ได้</p> <p>4. การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Maintaining well-being and living well with dementia) และจัดการกับ โรคร่วมของผู้ป่วย (Co-morbidities)</p> <p>5. ประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver burden) ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความเครียด (Stress/Strain) ของผู้ดูแล ตลอดจนภาวะสุขภาพกายของผู้ดูแล</p> <p>6. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) / การเตรียมตัวก่อนตาย (Good death)</p>
<b>Severe Dementia</b>	<p>1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตัวเองได้เลย (Totally independent) แนะนำสอนเทคนิคการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ให้เกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่ปอดหรือระบบปัสสาวะ เป็นต้น</p> <p>2. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) / การเตรียมตัวก่อนตาย (Good death)</p>

**บทสรุป : ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับพยาบาล**

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและจะพบมากขึ้น เมื่อมีอายุที่มากขึ้นปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายขาด ยาที่ใช้ปัจจุบันเพียงช่วยชะลอความเสื่อมของสมองเท่านั้น จำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ในขณะที่ประเทศไทยยังขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้โดยตรง ดังนั้นการให้พยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้ นี้จะเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งเพราะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาที่ต้องการ

การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ญาติผู้ดูแลต้องใช้ทั้งความรัก ความเสียสละ ความอดทน ความเมตตาตลอดจนเทคนิคต่างๆ ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในแต่ละวัน โดยเฉพาะบางรายที่อยู่ในระยะปานกลาง ผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิตประสาทร่วมด้วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของญาติผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลควรสนับสนุน ส่งเสริมให้ความรู้ ตลอดจนเทคนิคในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจ ยอมรับในความเจ็บป่วยนั้นๆ และส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดี มีประสิทธิภาพและมีความสุขทั้งสองฝ่าย

### เอกสารอ้างอิง

- พรรณี จันทร์อินทร์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยการดูแลตนเองและความต้องการความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. แพทยศาสตร์ (สุขภาพจิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยบัณฑิตวิทยาลัย.
- วารการ เกียรติไกรศักดิ์ และเสรี ชัดเข้ม. (2555). "การประยุกต์ทฤษฎีนิเวศโรบิคส์เอ็กเซอร์ไซส์ ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองสำหรับฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น". วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา. 10(1): 11-25.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (บรรณานุกรม). (2556). การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม *Dementia : Prevention, Assessment and Care*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล. กรุงเทพฯ : บริษัทแอคทีฟพริ้นท์จำกัด.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์). . กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรส จำกัด.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2557. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2559, จาก [http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population\\_thai.html](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population_thai.html).
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2544). ความรู้เรื่องสมองเสื่อม. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2559. จาก, <http://rxrama.com/article003.html>.
- Alzheimer's Disease International. & Alzheimer's Australia. (2014). *Dementia in the asia pacific region*. [Online]. Retrieved January 18, 2016, from, <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, Va.: American Psychiatric Publishing.
- Brown P.L. (1991). "The burden of caring for a husband with Alzheimer's disease". *Home Health Care Nurse*. (9): 33-38.
- Carers U.K. (2005). *Carers information: Resources to support informal carers*. [Online]. Retrieved January 28, 2016. From , <http://www.careinformation.org.uk>.

- Finkel S.I. (2001). "Behavioral and psychological symptoms of dementia: a current focus for clinicians, researchers, and caregivers". *J Clin Psychiatry*. 62(21): 3-6.
- Lipton A & Marshall C. (2013). *The common sense guide to dementia for clinicians and caregivers*. [eBook]. New York : Springer.
- New Zealand's Industry Training Organization. *CAREERFORCE : 5 Dementia effects and impact on an individual*. [Online]. Retrieved January 20, 2016. From , <http://ilearn.careerforce.org.nz/mod/book/view.php?id=256&chapterid=181>.
- Ory M.G., Hoffman R.R., Yee J.L., Tennstedt S & Schulz R. (1999). "Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers". *Gerontologist*. 39(2): 177-185.
- Sperling R.A., Aisen P.S., Beckett L.A., Bennett D.A., Craft S, Fagan A.M., et al. (2011). *Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups [Electronic version]*. *Alzheimer's & Dementia*. [Online]. Retrieved January 28 2016. From, [http://www.alz.org/documents\\_custom/diagnostic\\_recommendations\\_alz\\_preclinical.pdf](http://www.alz.org/documents_custom/diagnostic_recommendations_alz_preclinical.pdf).



แนวทางการจัดการกลุ่มโรคอ้วนลงพุงบนพื้นฐานของวัฒนธรรม วิถีชีวิตชุมชน  
ภูมิปัญญาชาวบ้าน และกระบวนการมีส่วนร่วม

**Management Guidelines for Metabolic Syndrome Based on Cultural,  
Community way of Life, Local Wisdom and Participative Process**

ดร. นวพร วุฒิธรรม

**บทคัดย่อ**

โรคอ้วนลงพุงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ทั้งสองโรคนี้ เป็นองค์ประกอบในการวินิจฉัยโรคอ้วนลงพุง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวทางการจัดการกับโรคอ้วนลงพุง ตามองค์การอนามัยโลกและกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเน้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด บทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอแนวทางการจัดการกลุ่มโรคอ้วนลงพุงบนพื้นฐานของวัฒนธรรม วิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาชาวบ้านและกระบวนการมีส่วนร่วมที่ส่งเสริมให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความเสี่ยงต่างๆของโรคอ้วนลงพุง

**Abstract**

Metabolic syndrome is a major public health problem. When analyzed in corporate with Non-communicable diseases is Diabetes Mellitus and Hypertension. Both disease are two component of the metabolic syndrome diagnosis. They are the major risk factor for cardiovascular disease. Management guidelines of World Health Organization and Department of DiseaseControl, Ministry of Public Health are have

recomended behavioral modization for metabolic syndrome focusing on healthy food control, and stress management, the objective of this article is to propose "Management Guidelines for Metabolic Syndrome based on Cultural, Community way of life, Local wisdom and Participative process" as a guideline that could promote effectiveness of the behavioral modification program, reduce risks could occur from metabolic syndrome.

### โรคอ้วนลงพุงและผลกระทบ

โรคอ้วนลงพุง (Abdominal obesity or central obesity) หรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) คือ กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านเมตาบอลิซึม เป็นภาวะอ้วนชนิดที่มีไขมันสะสมในช่องท้องหรืออ้วนกลางลำตัว ทำให้บุคคลเหล่านี้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดสูง ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (Grundy et al., 2008) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลกก่อนช่วงร้อยละ 25 ความชุกของโรคอ้วนลงพุงมีความหลากหลายสาเหตุขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ เพศ อายุ สังคม ภาวะเศรษฐกิจ และภูมิประเทศที่อยู่อาศัย (American Heart Association, 2010) ประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดโรคอ้วนลงพุง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากรายงานการตรวจสุขภาพ ระหว่าง พ.ศ. 2551-2552 โดยการสุ่มจากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 21 จังหวัดทั่วประเทศ จำนวน 20,450 คน พบผู้ที่มีโรคอ้วนลงพุงร้อยละ 21.1 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 23.9 และร้อยละ 18.1) และพบในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 24.1 และร้อยละ 19.8) พบอุบัติการณ์ของโรคอ้วนลงพุงในประชากรไทยในชนบทร้อยละ 23 หากใช้เกณฑ์สำหรับคนเอเชียพบว่าอัตราการเกิดของโรคดังกล่าวคือ ดัชนีมวลกายเพศและอายุ แสดงให้เห็นว่าโรคอ้วนลงพุง กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับประชากรไทยทั้งในสังคมเมืองและในชนบท และยังพบรายงานอุบัติการณ์และความเสี่ยงที่สูงขึ้นเช่นกัน (วิชัย เอกพลกร และคณะ, 2553; นงพิมล นิมิตรอาพันธ์, 2556) สาเหตุของโรคอ้วนลงพุง มีสาเหตุมาจากความอ้วน ภาวะดื้ออินซูลิน ร่วมกับภาวะการอักเสบภายในร่างกาย (Pro-inflammatory state) และภาวะหลอดเลือดอุดตันจากลิ่มเลือด (Prothrombotic state) ที่ทำให้เกิดการอักเสบและก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดง (Grundy et al., 2008; นิภา จรุงนุธรรม, 2551) ภาวะดื้ออินซูลินเป็นภาวะที่เซลล์ในร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้นในการนำกลูโคส (Glucose) เข้าสู่เซลล์เพื่อใช้ผลิตพลังงาน มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

ผลที่ตามมาคือตับอ่อน (Pancreas) จะสร้างอินซูลินมากขึ้นเพื่อนำกลูโคสไปใช้ แต่ไม่สามารถนำเข้าสู่เซลล์อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง แต่ยังไม่สูงถึงระดับเป็นโรคเบาหวาน และมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานได้ในที่สุด ส่วนภาวะอ้วนลงพุงนี้ทำให้มีไขมันเกาะอยู่ตามอวัยวะในช่องท้อง (Visceral fat) มากกว่าปกติโดยเฉพาะที่ตับ (Fatty liver) เซลล์ไขมันเหล่านี้จะผลิตซอร์โมน และกรดไขมันอิสระออกมาสู่กระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการทำลายของเยื่อผิวของหลอดเลือด ส่งผลต่อไต ภาวะไขมันในเลือดสูงในโรคเบาหวานประเภทที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด (National Cholesterol Education Program, 2002; ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2551; Alberti et al., 2009)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วนลงพุง คือ ภาวะที่บุคคลมี 3 ใน 5 ขององค์ประกอบ (Alberti et al., 2009; International Diabetes Federation, 2006) ได้แก่ 1) อ้วนลงพุง รอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตร ในผู้ชาย และเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตร ในผู้หญิง หรือดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Kg/M<sup>2</sup>) 2) ความดันโลหิต เท่ากับหรือมากกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอทหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Impaired Fasting Glucose:IFG) เท่ากับหรือมากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) หรือเป็นเบาหวาน 4) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (Triglyceride) เท่ากับหรือมากกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตรหรืออยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาลดไขมัน และ 5) ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL-C) น้อยกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในเพศชาย และน้อยกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในเพศหญิง ผลกระทบของโรคอ้วนลงพุง เป็นสาเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูง ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงเอชดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง และเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การที่มีเซลล์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นจึงทำให้มีการหลั่งซอร์โมนจากเซลล์ไขมันออกมา

สู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีระดับฮอริโมนอะดิพอนคติน (Adiponectin) ในกระแสเลือดลดลงในคนอ้วน ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะดื้ออินซูลินซึ่งมีส่วนทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ที่มีการสะสมของไขมันบริเวณหน้าท้องจะพบการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมของไขมันประกอบด้วย ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง การลดลงของเอชดีแอลคอเลสเตอรอลการเพิ่มจำนวนและความหนาแน่นของไขมันแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ซึ่งเป็นตัวทำนายการเกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2551) ดังนั้นการเกิดโรคอ้วนลงพุงส่งผลกระทบต่อร่างกายหลายระบบ การป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่จะลดโรคนี้ได้

### แนวทางการจัดการโรคอ้วนลงพุง

แนวทางการจัดการโรคอ้วนลงพุงประกอบด้วย 2 วิธี ดังนี้

1. กลุ่มที่ได้รับการรักษาโรคอ้วนลงพุง (Treatment of Metabolic Syndrome) ประกอบด้วย การรักษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดและการแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุ (NCEP, 2002; ชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย, 2550; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังต่อไปนี้

1.1 การรักษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และน้ำตาลในเลือดสูง (Grundy et al., 2008)

1.2 การรักษาไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง ตามแนวทางปฏิบัติของสถาบันศึกษาภาวะไขมันในเลือดแห่งชาติ การรักษาในผู้ใหญ่ ครั้งที่ 3 (NCEP, 2002) ใช้เกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม (Grundy et al., 2008) ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก (High risk) คือ ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-Cholesterol) หรือไขมันตัวร้ายที่เหมาะสมคือ ระดับน้อยกว่า 100 มิลลิกรัม

ต่อเดซิลิตร ในกรณีผู้ที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 20 ใน 10 ปี 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงปานกลาง (Moderate-risk) คือระดับของแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-Cholesterol) ควรจะมีระดับน้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ข้อและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีมากกว่าร้อยละ 10 และ 3) กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อย (Lower-risk) คือ ระดับของแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL Cholesterol) ควรจะมีระดับน้อยกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีปัจจัยเสี่ยง 1 ข้อและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีมากกว่าร้อยละ 10 ทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการลดน้ำหนัก ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วัน และการจัดการโดยการฉายาร่วมด้วย (กิตติคุณ ยิ่งยืน, 2559)

1.3 การลดระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีโรคอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) เป้าหมายคือน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ยกเว้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานระดับความดันโลหิตควรน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (AHA, 2010) เป็นการรักษาระดับแรกที่ต้องทำในการลดระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีโรคอ้วนลงพุง การลดน้ำหนักลงร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิมหรือลดน้ำหนักลงประมาณ 10 กิโลกรัม สามารถลดระดับความดันโลหิตค่าบนได้ประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท ในกรณีที่ระดับความดันโลหิตลดลงไม่ได้ถึงเกณฑ์ที่ต้องการหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วควรพิจารณาฉายาร่วมด้วย หลักในการเลือกฉายามีเป้าหมายคือลดการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดจากระดับความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2556)

1.4 การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ที่มีโรคอ้วนลงพุง ขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือด หากระดับน้ำตาลไม่ถึงเกณฑ์ที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

(น้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) การรักษาหลัก ได้แก่ การลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย สำหรับผู้ที่ป็นโรคเบาหวานและมีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เกินเป้าหมาย (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารมากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร น้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 (ADA, 2010) ควรพิจารณาให้ยารับประทานชนิดเดียว เช่น ผู้ป่วยที่มีลักษณะของการขาดอินซูลินแพทย์มักเริ่มด้วยยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) ผู้ป่วยที่มีลักษณะของการดื้ออินซูลินให้เริ่มด้วยเมทฟอร์มิน (Metformin) ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายควรให้ยาแบบผสมผสาน (Combination therapy) อาจพิจารณาเพิ่มยาชนิดที่ 2 ในขณะที่ยาชนิดแรกยังไม่ใช้ขนาดสูงสุด โดยควรพิจารณาเสริมยาในกลุ่มไทอะโซลิดีนไดโอน (Thiazolidinedione) ร่วมกับแนะนำให้ยาด้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด (Anti-platelet) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปหรือมีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นร่วมกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรให้ยาด้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด (Anti-platelet) คือ แอสไพริน (Aspirin) ขนาด 75-162 มิลลิกรัม/วัน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554)

2. การจัดการกับโรคอ้วนลงพุง (Management of metabolic syndrome) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด (Grundy et al., 2008)

2.1 ไขมันประเภททรานส์ (Trans fats) คอเลสเตอรอลชนิดเลว และน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว (Simple sugars) แต่ควรเพิ่มผักผลไม้ และธัญพืช (Grundy et al., 2008; ชูติกาญจน์ ศักดิ์พิศุทธิกุล, 2553) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อการลดน้ำหนักได้แก่ 1) รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อตรงเวลาอาหาร ห้ามงดมื้อใดมื้อหนึ่ง 2) ห้ามงดอาหารเข้า การงดอาหารเข้าจะลดอัตราการเผาผลาญจากปกติร้อยละ 1.50 ซึ่งอาจมีผลทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้

4 กิโลกรัมใน 1 ปี 3) งดรับประทานอาหารจุกจิก ควรดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีแคลอรี เช่น น้ำ น้ำตะไคร้ น้ำใบเตย น้ำชาที่ไม่เติมน้ำตาลจะลดความรู้สึกหิวได้ 4) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกลางคืน 5) งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งจะกระตุ้นความอยากและแอลกอฮอล์ให้พลังงานที่ว่างเปล่าไร้สารอาหารที่มีประโยชน์ และให้พลังงานใกล้เคียงกับไขมัน 6) รับประทานอาหารเช้าๆ เคี้ยวช้าๆ เนื่องจากกลไกการส่งสัญญาณความอิ่มระหว่างกระเพาะอาหารและสมองใช้เวลาประมาณ 20 นาที และ 7) แยกแยะความหิว และความอยากให้ชัดเจนประเภทของอาหารที่ใช้ลดน้ำหนักมีหลายประเภทซึ่งมีลักษณะปริมาณของพลังงานและสัดส่วนของสารอาหารที่ได้รับแตกต่างกัน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ได้แก่

2.1.1 อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ ไขมันสูง อาหารประเภทนี้เป็นอาหารลดน้ำหนักที่ให้ผลปลอดภัยเนื่องจากร่างกายใช้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตเป็นหลัก การจำกัดคาร์โบไฮเดรตทำให้อวัยวะมีกลูโคสที่จะเผาผลาญเป็นพลังงานน้อยลง ร่างกายต้องสลายกล้ามเนื้อและไขมันมาใช้เป็นพลังงานทำให้กรดไขมันในกระแสเลือดสูงขึ้นและมีการสร้างสารคีโตนมากขึ้น จะยับยั้งความอยากอาหาร ไม่หิวและรับประทานน้อยลง ส่งผลให้น้ำหนักลดลงเร็ว แต่จะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ปวดศีรษะในระยะยาวอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ คือเพิ่มความเสี่ยงของโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง เก๊าท์ นิ่วในไต กระดูกพรุน เป็นลม หมดสติ ลมหายใจมีกลิ่น วิธีนี้หากใช้ในระยะสั้นและตามด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยให้น้ำหนักคงที่ และเป็นวิธีที่เหมาะสม แต่ควรเสริมอาหารที่ขาด หรือเสริมวิตามินรวมวันละเม็ดโดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ (ชูติกาญจน์ ศักดิ์พิศุทธิกุล, 2553)

2.1.2 อาหารคาร์โบไฮเดรตสูง ไขมันต่ำมาก อาหารกลุ่มนี้ให้พลังงานจากไขมันน้อยกว่าร้อยละ 10 แต่ได้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55 อาหารประเภทนี้มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ผลไม้และผัก

ที่มีกากใยอาหารสูงซึ่งให้พลังงานต่ำ สถาบันศึกษาภาวะไขมันในเลือดแห่งชาติ การศึกษาในผู้ใหญ่ครั้งที่ 3 (NCEP, 2002) กล่าวว่าจัดการกับภาวะคอเลสเตอรอลสูง ควรจำกัดอาหารที่ร้อยละ 25-35 แคลอรีของไขมันทั้งหมด ข้อเสียคือผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูง การรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตสูง จะทำให้ไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ถ้าไขมันสูงเกินร้อยละ 35 เป็นการยากที่จะรักษาระดับไขมันอิ่มตัว เพื่อให้แอลดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ ถ้าไขมันน้อยกว่าร้อยละ 25 จะทำให้ไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้นและเอชดีแอลต่ำลง ดังนั้นอาหารไขมันต่ำสามารถลดภาวะหลอดเลือดแข็งและไขมันในเลือดสูงได้ (Grundy et al., 2008)

2.1.3 อาหารที่มีแคลอรีต่ำมาก เป็นอาหารที่ให้พลังงานต่อวันน้อยกว่า 10 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม (น้ำหนักตัว) หรือให้พลังงานน้อยกว่า 800 กิโลแคลอรี/วัน การรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำและมีส่วนผสมของโปรตีนที่มีคุณภาพดี อาหารไขมันต่ำและคาร์โบไฮเดรตรวมทั้งมีวิตามินและเกลือแร่ที่พอเหมาะจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้น้ำหนักลดลงอย่างปลอดภัย น้ำหนักตัวจะลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 3 เดือนแรก แต่ในระยะยาวมักไม่ประสบผลสำเร็จในคงสภาพน้ำหนักตัวไว้ได้

2.1.4 อาหารทดแทนมื้ออาหาร อาหารชนิดนี้จัดอยู่ในรูปแคลอรีต่ำให้พลังงานประมาณ 800-1,500 กิโลแคลอรี/วัน มีองค์ประกอบของนมเป็นหลัก มีแคลเซียมสูง มีพลังงานตั้งแต่ 150-250 กิโลแคลอรี ผลระยะสั้นถ้าใช้ให้เหมาะสมจะมีประโยชน์มากในการช่วยลดน้ำหนัก ผลระยะยาวใช้อาหารทดแทนมื้ออาหารวันละ 1 ครั้งช่วยให้รักษาน้ำหนักตัวได้ดีกว่าผู้ที่พยายามควบคุมน้ำหนักโดยไม่ได้ใช้สารอาหารชนิดนี้ จากการศึกษากลยุทธ์ในการจัดการน้ำหนักโดยใช้อาหารทดแทนพบว่าเป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำ (800-1600 แคลอรีต่อวัน) เป็นผลิตภัณฑ์ช่วยลดพลังงานเสริมวิตามินและเกลือแร่สามารถรับประทานทดแทนอาหารปกติโดยรับประทานวันละ 1 หรือ 2 มื้อและกลุ่มที่ได้รับอาหารทดแทน สามารถลดน้ำหนักได้ร้อยละ 7-8 ของน้ำหนักตัว เมื่อเทียบกับอาหารแคลอรีต่ำกว่าปกติ

จะลดได้เพียงร้อยละ 3-7 ของน้ำหนักตัว ซึ่งเมื่อติดตามในระยะเวลา 3 เดือนและ 1 ปีพบว่าน้ำหนักลดลง 2.54 กิโลกรัมและ 2.63 กิโลกรัมตามลำดับ (Heymsfield et al., 2003)

2.2 การออกกำลังกายกับการลดน้ำหนักการออกกำลังกาย (Exercise) นับเป็นกิจกรรมทางกายที่มีการวางแผนหรือมีการเตรียมตัวจึงเรียกว่า การออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน ซึ่งเป็นในลักษณะของการออกกำลังกายที่มีการวางแผนไว้อย่างล่วงหน้า (Planned activity) มักมีกำหนดความถี่ในระดับปานกลางถึงมากและมีระยะเวลาในการออกกำลังกายต่อเนื่องนาน 20 นาทีขึ้นไป โดยจะเป็นกิจกรรมที่มีการทำซ้ำๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางร่างกายของบุคคล (ลีธา พงษ์พิบูลย์, 2556) การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่จะลดโรคอ้วนลงพุงได้

2.3 การจัดการความเครียด ความเครียดเป็นสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเกิดจากการต้องปรับต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ความไม่สบายใจ วิธีการจัดการความเครียดควรจัดการด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ด้วยการปรับตัว การผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ, 2551; Larzelere & Jones, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดทางอารมณ์จะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2551) วิธีการผ่อนคลายความเครียดประกอบด้วย

2.3.1 การผ่อนคลายความเครียดในระดับปกติ การผ่อนคลายความเครียดทำได้หลายวิธีส่วนมากจะเลือกวิธีที่ตนเองชอบ การผ่อนคลายความเครียดมีแนวทางปฏิบัติได้แก่ 1) หยุดพักสิ่งที่กำลังทำชั่วคราว เช่น การทำงาน การอ่านหนังสือ เปลี่ยนอิริยาบถด้วยการเดิน การนั่งหลับตา ยืดเส้นยืดสาย สูดลมหายใจเข้า-ออก ลึกๆ 2) ทำงานอดิเรกที่ชอบ ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน สนุกกับสิ่งที่ทำ เช่น งานศิลปะ ปลูกต้นไม้ 3) ทำกิจกรรมที่เป็นการผ่อนคลายและบันเทิงนาการ เช่น เล่นดนตรีร้องเพลง เดินร่ำดูโทรทัศน์ภาพยนตร์ฟังวิทยุ

4) ออกกำลังกาย เล่นกีฬาที่ถนัด 4) พบปะสังสรรค์ ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อน ช่วยให้การระบายความตึงเครียดและอาจเป็นที่ปรึกษาแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ 5) พักผ่อนให้เพียงพอ ฝึกเรื่องการเข้านอนเป็นเวลา ผ่อนคลายก่อนเข้านอนเพื่อให้หลับพักผ่อนได้เต็มที่ 6) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เป็นระเบียบ ช่วยให้ผ่อนคลายในขณะที่ทำความสะอาด หรือปรับตกแต่ง ยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยคลายเครียดได้ด้วย 7) เปลี่ยนบรรยากาศในบางครั้งที่เคร่งเครียดกับบางอย่างมาระยะเวลาหนึ่งอาจหาเวลาที่ว่างไปพักผ่อนด้วยการหยุดทำกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย กิจกรรมที่ทำนั้นต้องไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือเป็นการหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราวเช่น การสูบบุหรี่ดื่มสุรา เกี่ยวกลางคืน รับประทานอาหารจุบจิบ หรือใช้สารเสพติด

2.3.2 การคลายเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง จึงควรฝึกปฏิบัติเทคนิคการคลายเครียด เทคนิคการคลายเครียดมีหลายวิธีควรลองฝึกปฏิบัติดูว่าวิธีใดเหมาะสมกับตนเองได้แก่

1) การฝึกการหายใจ เนื่องจากขณะที่เครียดการหายใจมักผิดปกติของเสียตั้ง ทำให้มีเหงื่อไม่ปลดปล่อย การฝึกการหายใจทำโดยนั่งในท่าที่สบาย ใช้มือทั้งสองข้างแตะบริเวณหน้าท้องป่องออก กลั้นหายใจไว้ชั่วขณะ อาจจะนับ 1 ถึง 4 ในใจ แล้วหายใจออกช้าๆ จนหน้าท้องแฟบลง ควรฝึกเป็นประจำทุกวันจนมีจังหวะการหายใจที่สม่ำเสมอ การฝึกปฏิบัติอยู่เสมอ จะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ร่างกายกระปรี้กระเปร่าสดชื่นขึ้น

2) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ในขณะที่เครียดกล้ามเนื้อของร่างกายจะเกิดการเกร็งโดยอัตโนมัติทำให้เกิดความรู้สึกปวดเมื่อย ไม่สบายตัว การฝึกจะช่วยให้เกิดความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ รู้สึกสบายขึ้น วิธีการทำได้โดย 1) นั่งในท่าที่สบาย 2) เกร็งกล้ามเนื้อที่ละมัด ค้างไว้ 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นเกร็งใหม่สลับกับการคลายประมาณ 10 ครั้งต่อมัด ทำจนครบโดยเริ่มจากก้ามมือเกร็งแขนซ้ายและขวาเล็ก คิ้วหรือขมวดคิ้วแล้วคลายหลับตาปี ย่นจมูกแล้วคลาย

กัดฟันเม้มปากให้แน่นแล้วคลายเกร็งกล้ามเนื้อคอโดยก้มหน้าให้คางจรดคอสลับกันเงยหน้าให้มากที่สุด จากนั้นหายใจเข้า เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก ยกไหล่ให้สูงแล้วคลาย เขม่วหน้าท้องแล้วคลาย กระดกปลายเท้าขึ้นเกร็งขาซ้ายและขวาแล้วคลาย การฝึกเช่นนี้จะทำให้รับรู้ถึงการเกร็งของกล้ามเนื้อและการคลายออก สามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อลงได้และทำให้รู้สึกสบายขึ้น

3) การใช้จินตนาการ เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะดึงความสนใจออกจากสถานการณ์ที่กดดัน โดยดึงประสบการณ์ที่ดีที่เคยเกิดขึ้นเข้ามาแทนที่

4) การทำสมาธิเบื้องต้น การฝึกสมาธิเป็นการกำหนดจิตใจไปจดจ่อกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพียงอย่างเดียว วิธีการฝึกเริ่มจากการเลือกสถานที่ที่มีความสงบไม่พลุกพล่าน และไม่มีสิ่งรบกวน โดยนั่งขัดสมาธิตั้งตัวตรงหายใจเข้า - ออก ให้สัมพันธ์ได้ถึงลมหายใจเข้า - ออก ให้จิตใจจดจ่อกับลมหายใจนั้นช่วยให้รู้สึกปลอดโปร่งในการมองและแก้ไขปัญหา

5) การนวดและการกดจุดตนเองในเวลาที่เครียดกล้ามเนื้อจะมีการเกร็งตัว ทำให้มีอาการปวดเมื่อยร่างกาย การนวดและการกดจุดทำให้เกิดคลายตัว ทำให้รู้สึกสบายคลายเครียด อาจนวดและกดจุดด้วยตนเอง หรือทำให้กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อคลายเครียดและยังเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

### แนวทางการจัดการกลุ่มโรคอ้วนลงพุงตามบริบทของชุมชน

แนวทางการจัดการกลุ่มโรคอ้วนลงพุง ที่ประสบผลสำเร็จในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี ด้วยวิธีการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเครือข่ายสุขภาพชุมชน (นภาพร วุฒิชัยธรรม, 2558) ประกอบด้วย

1. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นผสมผสานวัฒนธรรมที่โดดเด่น คือ การใช้เพลงไทยดั้งเดิม ได้แก่ เพลงลำตัด เพลงปรบไก่ จะมีการแสดงปีละ 1 ครั้ง ณ ศาลพ่อปู่กลางหมู่บ้าน ซึ่งเป็นศูนย์รวมคนในชุมชน

และคนในตำบลใกล้เคียงในวันขึ้น 15 ค่ำ เดือน 6 ของทุกปีโดยมีได้ันดหมายจะมีการทำบุญเลี้ยงพระ มีการแสดงเพลงปรบไ้ที่มีแห่งเดียวในประเทศไทย และมีการทำอาหารเลี้ยงกันโดยผู้ที่ไปร่วมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เรียกว่า "อิมจัง ตั้งอยู่ครบ" เป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน กลุ่มผู้นำชุมชนจึงใช้วิธีการนี้ผ่านปราชญ์ชาวบ้าน ซึ่งเป็นยอมรับนับถือของชุมชนได้ใช้เพลงพื้นบ้านมาดัดแปลงเป็นเพลงออกกกำลังกาย ในกลุ่มโรคอ้วนลงพุงซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ง่ายและสะดวกในการออกกกำลังกายตามวิถีของตนเอง จากการวิเคราะห์ทำออกกกำลังกายจะเป็นแบบท่าง่าย ๆ แบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม นอกจากนี้ประชาชนชมรมผู้สูงอายุได้นำวิธีการดังกล่าวมาใช้ในการออกกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ และจัดตั้งเป็นชมรมออกกกำลังกายทุกวันอย่างต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้ได้กลายเป็นวิถีชุมชนซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการที่ลดโรคอ้วนลงพุง

2. การดูแลตนเองตามวิถีชุมชน เนื่องจากเป็นชุมชนเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ขึ้นตาลโตนด ปลูกผักรับประทานเอง เลี้ยงวัว เป็นชุมชนที่ห่างตัวเมืองประมาณ 5 กิโลเมตร มีสิ่งแวดล้อมที่ดีไม่มีโรงงานอุตสาหกรรม เป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้กลุ่มโรคอ้วนลงพุงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่แตกต่างจากวิถีเดิมมากนัก เป็นหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการช่วยกลุ่มดังกล่าวโดยการสอดแทรกองค์ความรู้ด้านการรับประทานอาหารซึ่งเป็นหัวใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ความรู้แบบภาษาท้องถิ่น ได้แก่ อาหารที่ควรเลี่ยง อาหารที่รับประทานได้แต่ควรเลี่ยง และอาหารที่รับประทานได้โดยไม่มีข้อจำกัด ให้ความรู้ของจำนวนแคลอรี เช่น ข้าว 1 ทัพพี เท่ากับ ไข่ 1 ฟองโดยประมาณ หรือลูกตาลทอด 1 ชิ้น เท่ากับข้าว 8 ทัพพี (ลูกตาลเป็นขนมประจำท้องถิ่นวิธีการทำคือ นำลูกตาลแก่มาต้มน้ำตาล ชุบแป้งที่ผสมด้วยน้ำตาล กะทิสด นำลงไปทอดในน้ำมัน ขนมนี้จะหวานมันหอม อร่อยชวนให้รับประทาน และนิยมนำเป็นของฝาก) นอกจากนี้ มีการชี้จักรยาน เป็นวิถีการดำเนินชีวิตของ

แต่ละคน สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้กลุ่มโรคอ้วนลงพุง ปลอดภัยจากโรคเรื้อรังได้

3. กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย เครือข่ายชุมชน เครือข่ายในชุมชนในที่นี้ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองสภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรังด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการใช้สีในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย เรียกว่า "จรรยาชีวิต 7 สี" เพื่อให้สามารถบริหารจัดการข้อมูลการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกัน และประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับพันธกิจของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

จากผลการคัดกรองการตรวจสุขภาพในชุมชนแห่งหนึ่งในช่วง พ.ศ.2555-2557 ในกลุ่มประชากรอายุ 35-60 ปี พบว่าโรคอ้วนลงพุงมีแนวโน้มสูงขึ้น คือมีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงจำนวน 3 ใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ เส้นรอบเอวเกิน (ร้อยละ 8.01, 8.34 และ 8.92) มีความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท และเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 8.01, 8.54 และ 14.29) และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเท่ากับหรือมากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 24.25, 24.45 และ 25.00) และ เป็นโรคอ้วนลงพุง (ร้อยละ 8.01, 8.34 และ 8.92) ตามลำดับ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้นำข้อมูลเกี่ยวกับโรคอ้วนลงพุงคืนสู่ชุมชนด้วยวิธีการระดมสมองประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชมรมสูงอายุ กลุ่มโรคอ้วนลงพุง ด้วยการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุร่วมกัน ผ่านการฟังอย่างตั้งใจ การเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วม และมีเป้าหมายคือ "ชุมชนลดโรค" ทุกกลุ่มได้วางแผนโดยการสร้างแผนปฏิบัติการ

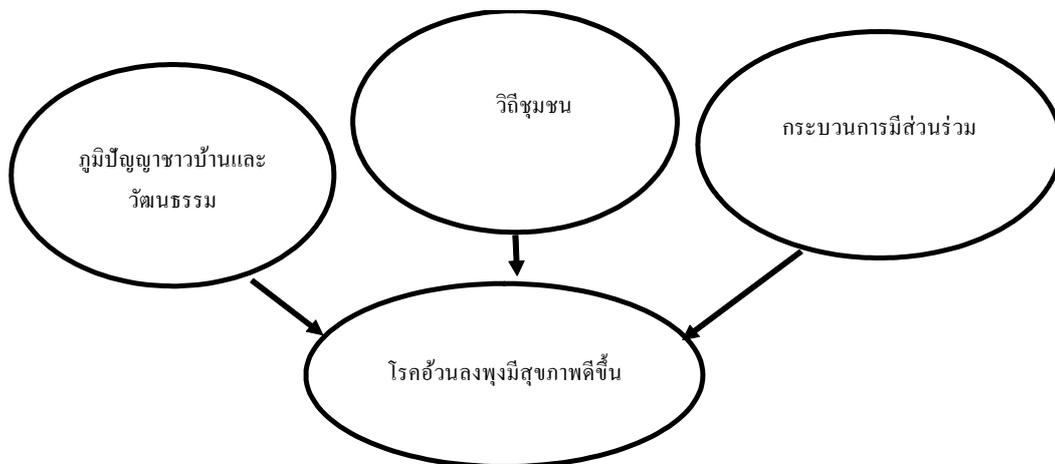
ประเด็นที่เกิดขึ้นในชุมชนนี้คือ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เครือข่ายชุมชนได้ร่วมกันคิดค้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้นจริงและเป็นปัญหาที่ญาติพี่น้องของเขาประสบอยู่ในชุมชน ทำให้เครือข่ายเกิดความรู้สึกที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลด้วยความใส่ใจ เพื่อให้ประชาชนของเขาได้รอดพ้นจากการเกิดโรค สอดคล้องกับระบบสุขภาพอำเภอ (District health system) ที่กล่าวไว้ว่า "ประชาชนและชุมชน สามารถพึ่งตนเองได้ มีสุขภาพดี เป็นคนดี และไม่ทอดทิ้งกัน มีรายได้พอดี โดยมีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน" โดยการสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ ชมรมสูงอายุ การใช้โทรศัพท์ การกระตุ้นเตือนด้วยวาจา การพูดคุยด้วยความเอื้ออาทร การดูแลตนเองแบบสุขภาพดีวิถีพุทธ การเลือกซื้ออาหารในตลาดนัด การเพิ่มสถานที่ออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่การเป็นที่ปรึกษาด้วยความยินดี และเต็มใจ การทำตนเป็นแบบอย่าง การให้กำลังใจ การทำสมุดบันทึกการติดตามตนเอง และการมอบสายวัดให้กับบุคคลที่มีกลุ่มโรคอ้วนลงพุง

สำหรับการประเมินตนเองกลุ่มโรคอ้วนลงพุง มีการเปลี่ยนแปลงตัวเองด้านการบริโภคอาหาร การ

ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยการเรียนรู้จากวิถีชีวิตของแต่ละคนมีการปรับแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้ตนเองมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เกิดกระบวนการคิดการแก้ปัญหาโดยใช้ภูมิปัญญาของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผ่านการคิดวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง มีการปรับแผนการปรับเปลี่ยนจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายคือ ต้องการให้มีสุขภาพแข็งแรง ลดโรคด้วยจิตใจที่มุ่งมั่น (นภาพร วุฒิชัยธรรม, 2558)

อีกหนึ่งผู้นำระดับผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเครือข่ายหนึ่งที่มีความมุ่งมั่นที่จะทำให้ชุมชนของตนเป็นชุมชนลดโรค มีการดูแลประชาชนด้วยความเอื้ออาทรและการเอาใจใส่ มีทุนทางสังคมเรื่องภาวะผู้นำ มีอำนาจด้านการจัดการชุมชนและงบประมาณ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมีประสบการณ์การทำงานในชุมชนมากกว่า 20 ปี เคยดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่ประสพการณ์การช่วยเหลือประชาชนในชุมชนเป็นเวลานาน กอปรกับประธานชมรมผู้สูงอายุของชุมชนแห่งนี้ มีความสามารถด้านการแต่งเพลงพื้นบ้าน ได้ดัดแปลงมาเป็นเพลงสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดโดยใช้ทำนองลำตัด ลิเก ให้มีความสนุกสนาน มีความเหมาะสมกับกลุ่มโรคอ้วนลงพุงและกลายเป็นอัตลักษณ์ของชุมชนจนเกิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเฉพาะของชุมชนแห่งนี้ดังภาพ



กล่าวโดยสรุป กลุ่มโรคอ้วนลงพุงเป็นโรคที่สามารถป้องกันโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวการจัดการที่สำคัญได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และจัดการความเครียด แต่กระบวนการที่ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ "ชุมชนพึ่งตนเอง" โดยสนับสนุนให้ชุมชนเกิดการคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแบบมีส่วนร่วม การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นวัฒนธรรม ที่สอดคล้องกับวิถีของชุมชนอันจะส่งผลให้บรรเทาจากโรคหรือลดอัตราการเกิดโรคร่วมได้

### เอกสารอ้างอิง

- กิตติคุณ ยั่งยืน. (2559). "ภาวะอ้วนลงพุงหรือภาวะเมแทบอลิกซินโดรม". วารสารองค์การเภสัชกรรม. 23(2): 17-20.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). อ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) ภัยเงียบที่คุณคาดไม่ถึง. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2551). "Metabolic syndrome (โรคอ้วนลงพุง)". สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. 23(1): 5-17.
- ชุดิกานุจน์ ศักดิ์พิศุทธิกุล. (2553). โภชนาบำบัดสำหรับโรคอ้วน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.heart.kku.ac.th/>.
- ชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย. (2550). แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคอ้วน พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- นิภา จุฑาเวสร์. (2551). "กลุ่มโรคอ้วนลงพุง". วารสารราชบัณฑิตยสถาน. 33(2): 72-82.
- นวพร วุฒิชัยธรรม. (2558). "การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี". วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 21(1): 110-122.
- นงพิมพ์ นิมิตรอาพันธ์. (2556). "สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในคนไทย". วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 20(3): 367-381.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ. (2551). การพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างยั่งยืนด้านการออกกำลังกาย การบริโภค และการจัดการความเครียดอย่างมีส่วนร่วมของประชาคมในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันสมทบ. กรุงเทพฯ : มณีสฟิล์ม.
- ไพบูลย์ จาตุรปัญญา. (2551). เบาหวานกับการรักษาตนเอง. (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์รวมทรรศน์.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี : เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2556). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป* พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน* พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมือง การพิมพ์.
- ลลิตา พงษ์พิบูลย์. (2556). *การป้องกันและบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออกกำลังกาย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- American Heart Association. (2010). *Metabolic syndrome*. [Online]. Retrieved June 12, 2016, from <http://www.americanheart.org>.
- Alberti, K.G.,Eckel,R.H. & Grundy, S.M. (2009). "Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the international Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity". *Circulation*. 120(16): 1640-1645.
- Grundy, S.M., Brewer, H.B., Cleeman, J.I., Smith, S.C.&Lenfant, C. (2008). "Definition of the metabolic syndrome Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/ American Heart Association for the Study of Obesity". *Circulation*. (24): e13-8.
- Heymsfield, S.,VanMierlo, C., Vander Knaap, H.,Heo, M. & Frier, H. (2003). " Weight management using a meal replacement strategy : Meta and pooling analysis from six studies". *International of Journal Obesity and Related Metabolic Disorder*. 27(5): 537-549.
- Larzelere, M.M., & Jones, G.N. (2008). "Stress and health". *Primary Care* . (35): 839-856.
- National Cholesterol Education Program. (2002). "Expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III)". *Final Report National Institutes of Health USA*. (2): 5215.



# การป้องกันและดูแลแผลกดทับ

## Protection and Care of Pressure Ulcers

ศิริกัญญา อูสาหพิริยกุล\*

### บทคัดย่อ

แผลกดทับเป็นการบาดเจ็บเฉพาะที่ที่เกิดขึ้นกับผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง สาเหตุจากแรงกดอย่างเดี่ยวหรือมีแรงกดร่วมกับแรงไถลและแรงเสียดสี แผลกดทับเป็นปัญหาทางคลินิกที่พบบ่อยและเสียค่าใช้จ่ายสูงโดยไม่จำเป็น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ของผู้ป่วยในทุกมิติพยาบาลจำเป็นต้องศึกษาและเพิ่มพูนทักษะทางคลินิกด้านการป้องกันและดูแลแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อพัฒนามาตรฐานและประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

### Abstract

Pressure ulcer is a typical injury happened to skin and subcutaneous tissue from pressure or in combination with friction and shearing. Pressure ulcer as a common adverse clinical problem leads to costly expense unnecessarily, and effects on every dimension of the

patient's health. It is essential for nurses to study and develop their clinical skills focusing on protection and care of pressure ulcer continuously in order to improve standard and effectiveness of nursing practice.

---

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

## บทนำ

แผลกดทับ (Pressure sore) หมายถึง การแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ จากการได้รับ แรงกดอยู่เป็นเวลานาน รวมทั้งแรงเฉือน (Shearing force) และแรงเสียดทาน (Friction) ที่ทำลายต่อ ผิวหนัง จนทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อจากการขาด ออกซิเจน และเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ มีชื่อเรียกที่ มีความหมายเหมือนกัน คือ Decubitus ulcer หรือ Bedsore ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ ที่กระดูกก้นกบ (Sacrum) กระดูกสะโพก (Trochanter) กระดูก ท้ายทอย (Occiput) และกระดูกส้นเท้า (Heel) เป็นต้น โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 9 ของผู้ป่วยที่นอน โรงพยาบาลมีโอกาสในการเกิดแผลกดทับ จากการ ศึกษาของ International Pressure Ulcer Prevalence Surgery (IPUPS) (Vangilder, Amlung, Harrison, 2009) พบว่า ความชุก (Prevalance) ของการเกิดแผลกดทับ คือ ร้อยละ 12.3 ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในภาวะฉุกเฉิน (Acute care unites) พบร้อยละ 22 กลุ่มของ ภาวะการบาดเจ็บของไขสันหลัง พบได้ร้อยละ 33-60 (Garber, 2000)

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้กับ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด ในการเคลื่อนไหว เมื่อผิวหนังเป็นแผลย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ทำให้เกิดความปวดทุกข์ ทรมาน ถ้าได้รับการป้องกันและดูแลที่ไม่เหมาะสม แผลอาจลุกลามในระดับรุนแรงมากขึ้น ด้านจิตใจผู้ป่วย เกิดความวิตกกังวลต่อการหายของแผล ค่าใช้จ่ายใน การรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาในอนโร งพยาบาลยาวนานขึ้น วิธีที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิด แผลกดทับ ซึ่งในบทความวิชาการนี้ได้เสนอแนวทาง ปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ เป็นมิติใหม่ ในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ ซึ่งเป็นความท้าทาย ในระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบบริการมีคุณภาพและ มีมาตรฐาน

**1. กลไกการเกิดแผลกดทับ (Pathophysiology)** มีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ (Daniel,Priest & Wheatley,1981; Reuler & Cooney,1981; Cakmak,Gul & Ozer,2009; Hanson, Kangems,Anderson, 2010)

**1.1 แรงกดทับ (Pressure)** ถ้ามีแรงกดทับ ต่อเนื้อเยื่อมากกว่าแรงดันของหลอดเลือดฝอย (Capillary pressure) ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาด เลือดมาเลี้ยงและถ้าเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการทำลาย เนื้อเยื่อบริเวณนั้นอย่างถาวร โดยพบว่าแรงกดที่ทำให้ หลอดเลือดฝอยปิดและไม่สามารถนำเลือดมาเลี้ยงเนื้อ เยื่อได้คือ 32 mm.Hg. ถ้ามีแรงกดทับบนเนื้อเยื่อ มากกว่า 64 mm.Hg. (2 เท่าของแรงกดที่ทำให้หลอด เลือดฝอยปิด) นาน 2 ชั่วโมง จะทำให้เนื้อเยื่อส่วนที่ ถูกกดทับถูกทำลายอย่างถาวร ผลจากการทดลองพบว่าเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังจะทนต่อการขาดเลือดได้น้อยกว่า ผิวหนัง ทำให้แผลกดทับ ซึ่งจะพบลักษณะของแผล เป็นรูปกรวย คือ ที่ผิวหนังมีขอบแผลเล็ก แต่ที่บริเวณ ส่วนลึกแผลจะมีขนาดใหญ่กว่า

**1.2 แรงเสียดทานหรือความฝืด (Friction)** คือ แรงต้านต่อการเคลื่อนที่ของพื้นผิว 2 ด้าน ได้แก่ แรงต้านระหว่างผิวหนังกับวัสดุที่ผิวหนังสัมผัส เช่น ผ้าปูเตียง เบาะรองนั่ง ซึ่งแรงเสียดทานนี้ถ้ามีมากเกินไป จะทำให้เกิดบาดแผลถลอก (Abrasion) หรือผิวหนัง พอง (Blister) หรือฉีกขาดได้ ถ้าแผลและหรือผิวหนัง มีความชื้นมากเกินไปจะทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นติดกับ ผ้าปูเตียงหรือวัสดุที่สัมผัสทำให้มีแรงเสียดทานเพิ่มขึ้น

**1.3 แรงตัด (Shear)** เกิดจากเนื้อเยื่อใต้ ผิวหนังถูกดึงผิดรูปในขณะที่ผู้ป่วยเคลื่อนที่ไถลบนเตียง หรือเก้าอี้หนึ่ง แต่ส่วนของผิวหนังมีการยึดติดกับพื้นผิว หนึ่งสัมผัส และส่วนของเนื้อเยื่อที่ลึกติดกับกระดูกไม่ เคลื่อนที่ทำให้หลอดเลือดบริเวณเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูก ยืดออก (Stretch) หรือพับงอ (Angulate) และ แรงของความดึง (Tensile strength) ลดลง ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงท่าศีรษะสูง (Semi Fowler's position) หรือผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้แต่มีการไถลตัวลงมา จะเกิดแผลกดทับที่กระดูกก้นกบ (Sacrum) ได้

**1.4 ความชื้นมากเกินไป (Excessive moisture)** ทำให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ย (Maceration) และแตกเป็นแผล (Excoriation) และเกิดแรงเสียดทานเพิ่มขึ้นที่ผิวหนัง ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะหรือกลั้นอุจจาระไม่ได้ (Urinary fecal incontinence) จะมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มาก ซึ่งเป็นผลจากความชื้นและการระคายเคืองและการปนเปื้อนจากแบคทีเรีย ผิวหนังที่แห้งเกินไป จะมีการแตก (Cracking) ความทนต่อแรงดึง และปริมาณไขมันลดลง และลดคุณสมบัติของการป้องกันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

**1.5 ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)** ตรวจพบได้โดยมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ (Serum albumin) ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีน้ำหนักลดลง ภาวะขาดสมดุลของไนโตรเจน (Negative nitrogen balance) ขบวนการทลายของแผลบกพร่อง ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (Immunosuppression)

**1.6 การบาดเจ็บของระบบประสาท (Neurological injury)** ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังจะไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีการรับความรู้สึกความเจ็บปวด กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ มีภาวะเกร็งของกล้ามเนื้อ (Spasticity) ทำให้เกิดแผลกดทับตามมา

เมื่อเราได้ทราบถึงความหมาย ความสำคัญ และกลไกการเกิดแผลกดทับแล้ว การกำหนดระดับและลักษณะของแผลกดทับมีความสำคัญเพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาและดูแลความถูกต้องของการประเมิน และประเมินซ้ำรวมถึงการบันทึกที่มีความสำคัญสำหรับใช้เป็นการประเมินสภาพของแผลว่าดีขึ้นหรือแย่ลง การสื่อสารเกี่ยวกับแผลกดทับจึงต้องใช้ศัพท์และคำอธิบายศัพท์ที่ถูกต้องและมีความเป็นสากล (ยูวดี เกตุสัมพันธ์, 2557)

## 2. การกำหนดระดับและลักษณะของแผลกดทับ (Staging Pressure Ulcer)

การกำหนดระดับแผลกดทับ เป็นการกำหนดเพื่อใช้ในการสื่อสาร ระดับแผลกดทับต้องเป็นคำศัพท์และคำอธิบายศัพท์ที่ถูกต้องและมีความเป็นสากล ซึ่งจะทำให้เข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน อันจะส่งผลต่อการวางแผนการรักษา การวิจัยพัฒนา และการศึกษา การระบุแผลกดทับเป็นระดับต่างๆ ขึ้นอยู่กับการสังเกตเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2009) ซึ่งเป็นองค์กรที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศ ได้มีการทบทวนการแบ่งระดับของแผลกดทับและความหมายของแต่ละระดับให้เหมาะสม ดังนี้

**2.1 ระดับที่ 1** ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (Non-blanchable erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูก การกดและเห็นรอยแดงจางหายไป จะไม่เห็นในผู้ป่วยสีผิวเข้ม บริเวณนี้อาจมีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น หรือนุ่ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง

**2.2 ระดับที่ 2** ผิวหนังมีการสูญเสียถึงชั้นหนังแท้ (Dermis) ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาดหรือฉีกขาด อาจเห็นตุ่มน้ำที่แตกออก หรือเห็นแผลตื้นที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (Slough) หรือรอยถลอก

**2.3 ระดับที่ 3** มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด แต่ยังไม่ถึงกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก อาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกที่สุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจพบโพรงใต้ขอบแผล

**2.4 ระดับที่ 4** มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูก พื้นผิวแผลมีเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วน และส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล ความลึกของแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด

กระดูกอักเสบ สามารถมองเห็นกระดูกและเอ็นหรือใช้การคลำได้

**2.5 ระดับที่ 5** เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่ลึกขาดในขณะที่เนื้อเยื่อที่ลึกลงไปถูกทำลาย (Suspected deep tissue injury) สีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้ม (Purple) หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล (Maroon) หรือเป็นตุ่มน้ำปนเลือดเนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือจากแรงไถลและอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แฉงขึ้นหรือหุ้ม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง ลักษณะดังกล่าวอาจทำให้ระดับที่ชัดเจนไม่ได้ในผู้ป่วยผิวสีคล้ำ อาจมีตุ่มน้ำปกคลุมบนพื้นผิวแผลสีคล้ำ แผลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปกลายเป็นแผลที่ปกคลุมด้วยสะเก็ดแข็ง (Eschar) การเปลี่ยนแปลงนี้อาจรวดเร็วและลุกลามถึงเนื้อเยื่อเคียงต่างๆ ที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างดีที่สุด

**2.6 ระดับที่ 6** มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมดซึ่งพื้นผิวแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้ จึงเรียกระดับนี้ว่า Unstageable สำหรับสันเท่าที่มีสะเก็ดแข็งปกคลุมถือว่าเป็นธรรมชาติของร่างกายมนุษย์ ดังนั้นจึงไม่ควรเอาออก

แผลกดทับเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเสียค่าใช้จ่ายมาก รายงานค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา สูงถึง 100,000 เหรียญสหรัฐต่อคน (Saladin & Krause, 2009) จึงมีความพยายามที่จะหาวิธีป้องกันและรักษา แม้ว่าจะไม่สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างครอบคลุม เพราะมีองค์ประกอบหลายประการที่เป็นสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ แต่ป้องกันย่อมดีกว่าการรักษา (Thomas, 2003)

### 3. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีวิธีการดังนี้

#### 3.1 ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ

วิธีที่นิยมมากที่สุด คือ การใช้ Braden scale (Bergstrom, Braden & Laguzza, 1987) ซึ่งจะประเมินผู้ป่วยในด้านความรู้สึกรู้สึกต่อการกดทับ ความชื้นของผิวหนัง ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเอง ความสามารถในการเดินหรือต้องนั่งหรือนอนเพียงอย่างเดียว ภาวะโภชนาการสามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอหรือไม่ และความเสี่ยงต่อการเกิดแรงเสียดทานและแรงตัดของผิวหนัง โดยมีคะแนน 6-23 คะแนน ถ้าระดับคะแนนต่ำก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมาก

การรับรู้ความรู้สึก (Sensory perception)	1. ถูกจำกัดโดยสมบูรณ์ (Completely limited)	2. ถูกจำกัดเป็น ส่วนใหญ่ (Very limited)	3. ถูกจำกัดเล็กน้อย (Slightly limited)	4. ไม่มีความ บกพร่อง (No impairment)
ความเปียกชื้นของ ผิวหนัง (Moisture)	1. เปียกชื้นตลอดเวลา (Constantly moisture)	2. เปียกชื้นมาก (Very moist)	3. เปียกชื้นเป็น บางครั้ง (Occasionally)	4. เปียกชื้นน้อยมาก (Rare moist)
ความสามารถในการทำ กิจกรรม (Activity)	1. จำกัดอยู่ที่เตียง (Bedfast)	2. จำกัดอยู่ในท่า นั่งมาก (Chairfast)	3. เดินได้บางครั้ง (Walk occasionally)	4. เดินได้เอง (Walk frequently)
โภชนาการ (Nutrition)	1. ได้รับความอาหารไม่ เพียงพอ (Very poor)	2. อาจได้รับ อาหารไม่เพียงพอ (Probably inadequate)	3. ได้รับความอาหาร เพียงพอ (Adequate)	4. ได้รับความอาหารอย่าง ดี (Excellent)
การเคลื่อนไหวร่างกาย และการทรงตัว (Mobility)	1. เคลื่อนไหวไม่ได้เลย (Completely immobile)	2. มีข้อจำกัดมาก (Very limited)	3. มีข้อจำกัด เล็กน้อย (Slightly limited)	4. ไม่มีข้อจำกัด (No limited)
แรงเสียดสีและแรงไถล (Friction & Shear)	1. มีปัญหา (Problem)	2. เสี่ยงต่อการเกิด ปัญหา (Potential problem)	3. ไม่ปรากฏปัญหา (No Apparent problem)	

(ที่มา The Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk: <http://www.bradenscale.com>)

ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ดัดแปลงจาก The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk ที่มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 (NPUAP, 2009) ให้เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับและติดตามประเมินซ้ำต่อเนื่อง จนผู้ป่วยพ้นภาวะเสี่ยงโดยใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ

### 3.2 แนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ

3.2.1 การใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับ (Support surface) (Kitzman, Kalinoski & Glasofer, 1998) สามารถแบ่งเครื่องมือได้เป็น 2 ประเภท คือ

3.2.1.1 Constant low pressure device (CLP) เป็นเครื่องมือกระจายแรงกดให้เกิดที่พื้นผิวที่ใหญ่ขึ้น ที่ใช้บ่อย คือ เตียง Low air loss (LAL) เป็นเตียงที่ให้ผู้ป่วยนอนบนส่วนที่มีอากาศและมีอากาศที่อุ่นไหลผ่าน ซึ่งจะทำให้แรงกดตามปุ่มกระดูกของผู้ป่วยกระจายทั่วไป มีแรงกดน้อยกว่า 25 mm.Hg. ส่วนเตียง Air-fluidized (AF) เป็นเตียงที่มีอากาศที่อุ่นไหลเวียนผ่าน Ceramic bead ขนาดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยนอนลอยตัวอยู่บนลมที่เป่าออกมา มีแรงกดน้อยกว่า 20 mm.Hg.

3.2.1.2 Alternative - pressure (AP) devices เป็นเครื่องมือที่มีถุงลมที่ตึงและหย่อนสลับกัน ทำให้ไม่เกิดแรงกดที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกายอยู่นาน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๕๘

3.2.2 การประเมินลักษณะของผิวหนัง (Skin inspection) ประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า (Head to toe) และประเมินซ้ำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่านอน หรืออย่างน้อยวันละครั้ง โดยตรวจดูรอยแดง รอยช้ำ บวม มีแผล มีก้อนนูน ผิวหนังสีคล้ำ แข็ง นิ่ม ร้อน หรือเย็นต่างจากผิวหนังบริเวณใกล้เคียง

3.2.3 การจัดทำพลิกตะแคงตัว (Keep moving) พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

3.2.3.1 ท่านอนหงาย จัดให้เป็น 30-30 องศา Semi-fowler ให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา และเข้าสูง 30 องศา

3.2.3.2 ท่านอนตะแคง จัดให้สะโพกเอียง ท่ามุม 30 องศากับพื้นเตียง ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา ผู้ป่วยอาจอยู่ในท่าตะแคงกึ่งคว่ำ หรือกึ่งหงายและใช้หมอนคั่นระหว่างหัวเข่า

3.2.3.3 ท่านั่ง ควรนั่งพิงพนักเก้าอี้ หลีกเลียงการนั่งในท่าเดียวนานเกิน 15 นาที และไม่นั่งนานเกิน 1 ชั่วโมง ไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นห่วงกลม (Donut shaped) มารองก้นเพื่อลดแรงกด ไม่ใช้ถุงมือใส่น้ำรองบริเวณปุ่มกระดูกเพื่อลดแรงกด

3.2.3.4 การจัดทำในการรับประทานอาหาร บนเตียง จัดให้ศีรษะสูง 60 องศา

3.2.3.5 การยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้ผ้าช่วยยกโดยใช้คน 2 คนไม่ควรดึงลากผู้ป่วย

3.2.4 การจัดการผิวหนังต่อความเปียกชื้นหรือควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence) มีขั้นตอนดังนี้

3.2.4.1 การทำความสะอาดผิวหนัง (Skin cleansing) ล้างทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำ หากจำเป็นต้องใช้สบู่เลือกใช้สบู่สำหรับทารกซึ่งมีความเป็นกรดอยู่ในช่วง 5.2-5.5 ซึ่งมีผลดีในการกำจัดเชื้อแบคทีเรีย หลีกเลี่ยงการขัดถูเพราะจะทำให้หนังกำพร้าลอกหลุด หลังทำความสะอาดซับด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม

3.2.4.2 ให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง (Moisturizing) ทาด้วยโลชั่น 3-4 ครั้งต่อวัน ถ้าเป็นขี้ผึ้ง (Ointment) หรือน้ำมัน วันละ 1-2 ครั้ง หลังทำความสะอาดร่างกายในผู้ป่วยที่มีผิวแห้งหรือผู้สูงอายุ

3.2.4.3 เคลือบผิวหรือปกป้องผิวจากความชื้น (Skin protecting or Moisture barrier) ใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวหนึ่งชั้นบน ป้องกันการดูดซึมของสารระคายเคืองจากปัสสาวะ อุจจาระ ลดการเสียดสี ตลอดจนป้องกันการสูญเสียน้ำจากผิวหนัง สารเคลือบผิวใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) โดยใช้เคลือบผิวที่เป็นผง ครีม หรือสารทำละลาย ได้แก่ Dimethicone, Petrolatum, Zinc Oxide หรือ Liquid skin sealant ซึ่งมีทั้งแบบมีแอลกอฮอล์ และไม่มีแอลกอฮอล์ ใช้กับผิวหนังลอกได้

3.2.4.4 ใช้ผ้ารองซับ และผ้าอ้อมอนามัย (Protect garment and padding) ได้แก่ ผ้าอ้อมอนามัย แผ่นปูเตียง เพื่อช่วยซับปัสสาวะ อุจจาระ โดยต้องใช้สารเคลือบผิว และตรวจสอบทุก 2 ชั่วโมง ว่าควรเปลี่ยนผ้าอ้อมอนามัย

3.2.4.5 ใช้อุปกรณ์รองรับปัสสาวะหรืออุจจาระ (Use of containment devices) สำหรับผู้ที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เช่น ในผู้ชายอาจใช้ถุงยางอนามัยต่อกับถุงปัสสาวะหรือสวนปัสสาวะในผู้หญิง สิ่งที่ต้องระมัดระวังคือ การทำความสะอาด การเสียดสี และการพันพลาสติกไม่ถูกต้อง สำหรับผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งใน 12 ชั่วโมง หรือมากกว่า 200 กรัมต่อวัน อาจใส่สายสวนอุจจาระค้างไว้ในทวารหนัก ซึ่งควรอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ด้วย

3.2.5 การให้อาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอ (Nutrition) อาจจะช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Stratton, Ek & Engfer, 2005) ควรปฏิบัติ ดังนี้

3.2.5.1 ดูแลให้ได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ควรให้ผู้ป่วยได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวันและโปรตีนควรได้รับ 0.8-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม วิตามินเอ ซึ่งจำเป็นสำหรับ

การสร้างและสังเคราะห์ไฮคอลลาเจน ควรได้รับ 25,000 IU ต่อวัน วิตามินซี ช่วยในการสร้างสารภายในเซลล์ รักษาผนังของหลอดเลือดฝอยให้แข็งแรง ช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อและช่วยป้องกันการติดเชื้อ เกลือแร่ มีความสำคัญต่อความแข็งแรงของเนื้อเยื่อ และสังกะสีช่วยในการสร้างเซลล์เยื่อผิวและการสังเคราะห์ไฮคอลลาเจน

3.2.5.2 น้ำ การขาดน้ำทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน และสารอาหารลดลง ซึ่งร่างกายควรได้รับน้ำวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร

#### 4. การรักษาแผลกดทับ

การรักษาแผลกดทับมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับระดับของแผล มีดังนี้ (วิชัย ศรีมุนินทร์นิมิตร, 2557, ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2557)

**4.1 การรักษาแผลกดทับโดยวิธีที่ไม่ได้ผ่าตัด** แผลกดทับที่ไม่ลึกมาก (ระดับที่ 1 และระดับที่ 2) มักจะหายได้เอง โดยไม่ต้องผ่าตัด ถ้าได้รับการดูแลแผลอย่างเหมาะสม และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผล ได้แก่

4.1.1 ลดการกดทับแผล (Pressure relief) เป็นวิธีที่สำคัญโดยใช้ Low air loss bed หรือ Air-fluidized bed และการพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชม. ไม่ให้แผลถูกกดทับ

4.1.2 ควบคุมภาวะเกร็งของกล้ามเนื้อ (Spasticity) สามารถลดการเกิดแผลกดทับได้ ซึ่งการรักษาเริ่มตั้งแต่การให้ยาคลายกล้ามเนื้อไปจนถึงการผ่าตัด

4.1.3 การให้อาหารที่มีประโยชน์ และเพียงพอ จะมีส่วนทำให้แผลหายได้เร็วขึ้น

4.1.4 ควบคุมภาวะติดเชื้อที่แผล (Infection) และให้การวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อที่กระดูก

4.1.5 การกำจัดเนื้อตาย (Debridement) เป็นวิธีการที่สำคัญ เพื่อประเมินความรุนแรงของแผล กดทับ เนื้อตายจะขัดขวางการหายของแผล และอาจเป็นแหล่งของการติดเชื้อ การกำจัดเนื้อตายทำได้หลายวิธีดังนี้

4.1.5.1 Surgical debridement sharp เช่น มีดผ่าตัด กรรไกรตัดเนื้อ

4.1.5.2 Autolytic debridement วิธีการย่อยสลายตัวเองโดยสิ่งคัดหลั่งจากแผล อาจใช้ผลิตภัณฑ์ทำแผลในกลุ่มของ Hydrocolloid เพื่อช่วยให้ความชุ่มชื้นกับแผล หรือผลิตภัณฑ์กลุ่ม Hydrogel ช่วยให้น้ำแทรกซึมเข้าไปในเนื้อตายสามารถช่วยย่อยสลายเนื้อตายได้

4.1.5.3 Mechanical debridement or wet to dry dressing ,Hydrotherapy การทำความสะอาดแผลโดยใช้แรงดันน้ำ (Irrigation) โดยใช้แรงดันน้ำ 8-13 ปอนด์/ตร.นิ้ว หรือใช้นวัตกรรมโดยใช้เครื่องแรงดันน้ำ (Versajet)

4.1.5.4 Enzyme debridement โดยใช้เอนไซม์ ได้แก่ Collagenase ,Papain

4.1.5.5 Biological debridement การใช้หนอนปราศจากเชื้อ (Sterile maggots) ได้จากไข่ของแมลงวันสายพันธุ์ Lucilliasericata ช่วยกัดและย่อยสลายเนื้อตายในแผล

#### 4.2 การรักษาแผลกดทับโดยวิธีการผ่าตัด

การรักษาโดยวิธีนี้จะต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมและพิจารณาถึงผลที่ได้จากการผ่าตัด และความเสียหายจากการผ่าตัด หลักการสำคัญในการรักษา คือ ตัดแผลกดทับและเนื้อเยื่อที่เข็งรอบแผลออกให้หมด ตัดกระดูกที่ติดกับกันแผลและบริเวณที่มีกระดูกผิดปกติรอบๆ แผลใช้เนื้อเยื่อที่มีความหนาใสในโพรงแผล เพื่อปิดช่องว่างของแผลและคลุมส่วนของกระดูกใช้ผิวหนัง (Flap) ที่มีขนาดใหญ่ปิดแผล และบริเวณแผลที่เย็บต้องไม่มีแรงดึงหลีกเลี่ยงไม่ให้รอยเย็บแผลถูกกดทับถ้าไม่สามารถเย็บ Donor site ปิดได้ ให้ใช้ Skin graft ปิดที่ Donor site

การดูแลหลังผ่าตัด

ต้องให้การดูแลเรื่องความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดแผลกดทับเพิ่มจากการดูแลผู้ป่วยโดยวิธีมาตรฐานหลังผ่าตัด เริ่ม Active และ Passive rang of motion exercise ของร่างกายส่วนที่ไม่ได้รับการผ่าตัด และ

เริ่มให้ผู้ป่วยนั่งในระยะเวลาสั้นๆ ในระยะแรก จากนั้นจึงเพิ่มเวลาและจำนวนการนั่งให้มากขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปมักจะเริ่มนั่งเมื่อแผลติดกันดีแล้ว จะต้องมีการวางรองนั่งที่เหมาะสมเพื่อกระจายแรงกดทับเวลานั่ง (วิชัย ศรีมุนินทร์นิมิตร, 2557)

### สรุป

เนื่องจากแผลกดทับเป็นประเด็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในทุกระดับ คือ กาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ทำให้มีการศึกษา

และพัฒนาทักษะการดูแลให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น สะท้อนจากมีข้อมูลและหลักฐานใหม่ๆ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความรู้ใหม่ เพื่อนำความรู้ต่างๆ นั้นมาพิจารณาและนำไปทดลองใช้ รวมทั้งความสามารถในการพัฒนาความรู้ใหม่ด้วยตนเอง และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้การป้องกันและดูแลแผลกดทับได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

### บรรณานุกรม

- ยุวดี เกตุสัมพันธ์. (2557). "Pressure Ulcer Management: A New Knowledge update" ใน *นวัตกรรมและความรู้ใหม่ในการดูแลแผลกดทับและแผล*. จุฬาราชมนตรี และ คณะบรรณานุกรม. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ทอง.
- วิชัย ศรีมุนินทร์นิมิตร. (2557). " Prevention and Treatment of Pressure sore " in *Wound care 2014* พรพรหม เมืองแมนและคณะ,บรรณานุกรม. กรุงเทพมหานคร : เวชสาร.
- Bergstrom, N., Braden, B.J., Laguzza, A., et al. (1987). " The Braden Scale for predicting pressure sore risk " . *NUR Res.* (36): 205-10.
- Cakmak, S.K.,Gul, U., Ozer, S., et al. (2009). "Risk factor for pressure ulcer" . *Wound Care.* (22): 412-5.
- Daniel, R.K., Priest, D.L., Wheatley, D.C., (1981). " Etiology factors in pressure soresan experimental model " . *Archs Phy Med Rehabil.* (62): 492-8.
- Garber, S.L., Rintara,D.H., Hart, K.A., et al . (2000). " Pressure ulcer risk in spinal cord injury predictors of ulcer status over 3 years". *Arch Phy Med Rehabil.* (81): 465-471.
- Hanson, D., Langemo, D.K., & Anderson, J., (2010) . "Friction and shear consideration in pressure ulcer development " . *Adv Skin Wound Care.* (29): 4-21.

- Klitzman, B., Kalinowski, C., Glasofer, S.L.. (1998). "Pressure ulcer and pressure relief surfaces " . *Clin Plast Surg.* (25): 43-50.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (2009). Pressure Ulcer Scale for Healing Tool version 3.0. [online] . Retrieve September 1,2016 From <http://www.npuap.org/pr2.htm>.
- Thomas DR. (2003). " Are all pressure ulcers avoidable" . *J Ann Med Dir.* (4): 43-48.
- Saladin, L.K., Krause, J.S. (2009) . "Pressure ulcer prevalence and barrier to treatment afterspinal cord injury: comparisons of four groups based on race-ethnicity". *Neuro Rehabilitation.* (24): 57-66.
- Vangilder, C. Amlung, S., Harrison, P. (2009). " Results of the 2008-2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3 year". *Ostomy Wound Manage.* (55): 39-45.



**คำแนะนำในการเขียนผลงานวิชาการและส่งต้นฉบับ  
ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน**

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์ นักวิชาการ 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 และสื่อความหมาย บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

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 หิญชีระนันท์, 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

**ตัวอย่าง** ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสำคัญของความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวที่มีต่อการจัดการท่องเที่ยวเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยรวมและรายด้านจำแนกตามตัวแปรเพศ (n=384)

ความคิดเห็น	ชาย (n=169)		หญิง (n=215)		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
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) หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ.// ครั้งที่พิมพ์.// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.  
 เรวดี ธรรมอุปกรณ์. (2530). การใช้ยาบำบัดอาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

2) บทความวารสาร

ชื่อผู้เขียน.// (ปีที่พิมพ์).// "ชื่อบทความ".// ชื่อวารสาร.// ปีที่ (ฉบับที่).// หน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของบทความ.  
 ธวัช โลพันธ์ศรี. (2530). "เรื่องเสียงแหบ". วารสารพยาบาล. 5(6) : 216-226.

3) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อวิทยานิพนธ์.// เมืองที่พิมพ์.// สถานศึกษา.  
 สมหมาย ธีรวิทยาคม. (2547). ประสบการณ์การนอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

4) ข้อมูลออนไลน์บนอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง.//ปีที่พิมพ์.//ชื่อเรื่อง.//ประเภทสื่อ.//สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.  
สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. (2544). ความสงสัยในการเดินทางปฏิรูปการศึกษา. [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) บทความหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ.//ชื่อบทความ.//ชื่อหนังสือพิมพ์ /:/ หน้า.

คึกฤทธิ์ ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). "ข่าวโกสนา". 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 บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ผู้เขียน

ด้านล่างนี้

3.9 ผู้เขียนต้องส่งเอกสารต้นฉบับและไฟล์บทความทางไปรษณีย์ หรือ email ตามที่อยู่

เลขานุการคณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\* นางรัชฎ์รัตน์ 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 เชยชิต\*

**บทคัดย่อ**

กรดไขมันทรานส์เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่พบได้ทั้งในธรรมชาติอยู่ในสัตว์เคี้ยวเอื้องและที่สำคัญเกิดจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมอาหารที่มนุษย์ได้สร้าง ขึ้นซึ่งมักจะพบในอาหารที่มีส่วนประกอบหลักที่เป็นเนยเทียมหรือไขมันพืชที่เรียกว่าชอร์ตเทนนิ่ง (Shortenings) เนื่องจากไขมันชนิดนี้จะช่วยให้ขนมอบมีความแข็งแรงคงรูปมีความกรอบมากกว่า มีความเปราะน้อยกว่าและแยกชั้นได้ดี ส่วนอาหารทอดจะมีลักษณะผิวแห้งไม่เยิ้ม ไม่ติดมือไม่เหม็นหืนจึงทำให้เป็นที่นิยมในการผลิตขึ้นมาเพื่อจำหน่าย จากรายงานการศึกษาในคน พบว่าหากปริมาณกรดไขมันชนิดทรานส์ในอาหารสูงเพียงพอจะสามารถเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (LDL-cholesterol) และลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL-cholesterol) ในเลือดได้ ซึ่งจะมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และจากการศึกษาพบว่าอาหารในกลุ่มขนมอบและอาหารทอดปัจจุบันล้วนเป็นอาหารที่กลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยบริโภคกันในปริมาณสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันที่สูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าผู้ที่เป็โรคหัวใจและหลอดเลือดมีอายุน้อยลง 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

---

\* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ 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

ลำอานค์ ตันวิเชียร พยม.\*\*

สมพันธ์ ทัศนีย์รัตน์\*\*\*

ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคตร\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

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

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาความรู้ของทีมพยาบาล 2) ด้านการประเมิน วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเบื้องต้น 3) ด้านการใช้เทคโนโลยี งานวิจัย นวัตกรรมเพื่อการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ด้านการให้คำแนะนำ ปฏิบัติการพยาบาล และเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และ 5) ด้านการพยาบาลหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยองค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 70.41

จากผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสวนสอบสวน สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\* นักศึกษาลูกศิษย์พยาบาลบรมราชชนนีสืบสวนสอบสวน สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\* รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสวนสอบสวน สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสวนสอบสวน 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. การส่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณาส่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารส่งจ่าย ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) สาขาดอนยายหอม (นครปฐม)

เลขที่บัญชี 404-052839-7 และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

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](http://www.christian.ac.th)