



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙ Vol. 3 No. 2 July - December 2016 ISSN 2408-0934

บทความวิจัย

- † ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต ๕
- † ความสำเร็จของระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม จังหวัดปทุมธานี
- † ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลอนามัยห้อม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- † ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดนครปฐม

บทความวิชาการ

- † การวางแผนจำหน่ายเรื่องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในกระบวนการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
- † บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการนวดเท้า เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ในผู้ป่วยเบาหวาน
- † กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ : ประสบการณ์ทางการพยาบาล
- † บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
College of Nursing Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๕๙ Vol.3 No.2 July - December 2016 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสตีียน

กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา	หนูเจริญกุล
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ อาจารย์ ดร. เสาร์นี้ย์	วงศ์ชุมทอง พิญชีระนันทน์
อาจารย์ ดร. พฤกษพิรุ อาจารย์ ดร. เป็ญจวรรณ	งานต์เดชารักษ์ กวนสุพร พุทธิอังกูร

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายใจ พัวพันธ์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม	โวทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ศาสตราจารย์ ดร. รุจា	ภูไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร	จิรวัฒน์กุล	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา	คุณาวิกิติกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา	จีระแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์	จินตนาดิลก	มหาวิทยาลัยคริสตีียน
รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง	โน่ไนยพงศ์	มหาวิทยาลัยคริสตีียน
รองศาสตราจารย์ ดร. ลักษณา	อินทร์กลับ	มหาวิทยาลัยคริสตีียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหมิงนพิมล	นิมิตรawanนท์	มหาวิทยาลัยคริสตีียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล	ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสตีียน

วัตถุประสงค์

1. เพย์เพรีบบทความวิจัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
2. เพย์เพรีบบทความวิชาการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ขอบเขต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประจำบทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินแบบ Double - blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา

กำหนดการออกรางวัล : ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(นางธัญญารัตน์ หวานแท้)

144 หมู่ 7 ตำบลดอนนายห้อม อําเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 0-3438-8555 ต่อ 3101-04 โทรสาร 0-3427-4500

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

จัดรูปเล่ม : ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กร มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พิมพ์ที่ : บริษัท จำเจรูปโปรดักส์ จำกัด 26 ซอยพระราม 2 ที่ 83 ถนนพระราม 2 แขวงแสมดำ

เขตบางซุนเทียน กรุงเทพฯ 10150

โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1

**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ
(Peer Reviewer)**

- | | | |
|---|---------------|-----------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา | ประจุศิลป | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต | แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องครี | ครีมราตร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร. ร้อยตำรวจเอกหญิง ยุพิน อังสุโรจน์ | | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน | เกษมกิจวัฒนา | วิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันทรดุษฎี | เตรียมชัยครี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ | กลั่นพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี | อัศครวิเศษ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา | อาจลันเทียะ | วิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ | จิตรมนตรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประดิษฐ์ | เตกิงรังสฤษดี | มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี | นามจันทร์ | มหาวิทยาลัยรังสิต |

บทบรรณาธิการ

วารสารฉบับนี้เป็นฉบับที่สองของวารสารปีที่ 3 พ.ศ. 2559 ซึ่งกองบรรณาธิการและทีมงานมีความภาคภูมิใจในการส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมุ่งหวังพัฒนาวิชาการในสาขา วิชาชีพพยาบาลให้มีความก้าวหน้าโดยมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ตอบสนองความสนใจและการนำไปใช้ประโยชน์ แก่พยาบาลวิชาชีพและประโยชน์สูงสุด บทความที่ตีพิมพ์รวม 8 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย 4 เรื่อง และบทความวิชาการ 4 เรื่อง

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความและสมาชิกวารสารทุกท่านที่สนับสนุนในการจัดทำวารสาร และหวังว่าสมาชิกจะมีผลงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายใจ พัวพันธ์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความน่าอ่าน

Editor's Message

บทความวิจัย

- ◊ ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บีบในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 องค์กรกษ พิมภัส 119
The Experts' Opinion on Uncertainty in Illness of
Caregiver in Ischemic Stroke Patients in Health Promotion
Center Region 5
- ◊ ความสำเร็จของระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์
ไม่พร้อม จังหวัดปทุมธานี พฤทธิพย์ คงเนืองบุตร 133
The Success System for Counseling and Helping
Unwanted Teenage Pregnancy, PathumThani Province
- ◊ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนยายหอม ผศ. สุปราณี แต่งวงศ์ 144
อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม
The Relationship Between Social Support and
Depression of the Elderly at a Village in Don Yai
Hom Sub-District, Muang District, Nakhon Pathom
Province
- ◊ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล
และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จังหวัดนครปฐม ผศ.ดร. ศากุล ช่างแม้ 158
Factors Relating to Caregiving Burden and
Quality of Life Amongst Caregivers of Stroke
Patients in Nakhon Pathom Province
-

บทความวิชาการ

- ❖ การวางแผนจัดการน่า咽เรื่องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในกรณีการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ทิพวัลย์ ชีรัสิริโรจน์ 174
Discharge Planning for Educating Parents to Care for Children with Pneumonia to Prevent Recurrence Tippawan Teerasiriroj
-
- ❖ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการนวดเท้า เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้ป่วยเบาหวาน จันทร์ญา พัวร์วิริยะพันธุ์ 183
The Roles of Nurse in Promoting Foot Massage to Prevent Peripheral Arterial Occlusive Disease for Persons with Diabetes Mellitus Janya Puarviriyapant
-
- ❖ กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ : ประสบการณ์ทางการพยาบาล ดร.นวพร วุฒิธรรม 190
The Process of Caring for Patients to Humanize of Health Care : Nursing Experiences Dr. Nawaporn Wutthitham
-
- ❖ บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดร.กมลทิพย์ ชลั่งธรรมเนียม 200
The Roles of Nurses in Preventing Postpartum Hemorrhage Dr. Kamontip Khungtumneam
-



**ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5**

**The Experts' Opinion on Uncertainty in Illness of Caregiver in
Ischemic Stroke Patients in Health Promotion Center Region 5**

อونงค์รักษ์ พิมภาระ*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านประสาท วิทยาและพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง 20 คน สังกัดโรงพยาบาลในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 โดยใช้แบบสำรวจความเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตามทฤษฎีของมิเชล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตามกรอบทฤษฎีของมิเชลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าได้ และการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนั้นควรนำผลงานวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เทคนิคเดลฟี่ และความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล คิดเป็นร้อยละ 88.50, 84.25, 84.25 และ 78.38 ตามลำดับ การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นด้วยกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าได้ และการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนั้นควรนำผลงานวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย

Abstract

This research aimed to study the experts' opinion on the uncertainty in illness of caregiver in ischemic stroke patients. Specific sample populations were neurological physicians and stroke nurses in a total of 20 participants at Health Promotion Center Region 5 using a survey expert opinion on the uncertainty in illness of caregivers in ischemic stroke, according to Michel's theory.

The study found that experts have commented on uncertainty in illness of caregivers in ischemic stroke, according to the Michel's theory. All four aspects were the ambiguity about the medical condition, the inability to predict the results and progress, the lack of information about the illness, and the complexity of treatment and care

ความสำคัญของปัญหา

องค์การโรคหลอดเลือดในสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 หรือกว่าครึ่งหนึ่งคือทุกๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวองค์กรการอัมพาตโลกลจึงได้กำหนดให้วันที่ 29 ตุลาคม ของทุกปี เป็นวันรณรงค์อัมพาตโลก และกำหนดประเด็นสาระหลักในการลือสารเตือนภัย (Theme) ประจำปี พ.ศ. 2556 คือ "One in Six" หรือ "1 in 6" หรือ "1 ใน 6 ไม่มีใครดูแล" ซึ่งได้ใช้ประเด็นสาระนี้ในการลือสารเตือนภัยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2556 เพื่อเน้นให้ประชาชนเกิดความตระหนกและระวังภัยอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยงปัญญาและผู้ดูแล (Caregivers)

calculated the percentage as 88.50, 84.25, 84.25, and 78.38, respectively. This research showed that the experts agreed the most on the medical condition of uncertainty in illness of caregiver in ischemic stroke, followed by the inability to predict the outcome and progress and the lack of information about the illness. The results of this research should be taken as a guide to create a sense of uncertainty in the assessment of disease caregivers in ischemic stroke to be adopted in the planning of nursing in order to reduce the uncertainty illness care.

Keywords: Uncertainty in Illness / Caregivers in Ischemic Stroke / Delphi Technique

ครอบครัวและเพื่อนสนิทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ชิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุ์เวทย์, 2556)

สาเหตุหนึ่งของการมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรทั่วโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ได้มีการประมาณการว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เปรียบเทียบระหว่างพ.ศ. 2535 และ 2563 สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิต 176,342 คน หรือ 3 คน ในทุกๆ 2 ชั่วโมง และเชื่อว่าอัตราตายจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2558 และอัตราป่วยของโรคนี้เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ระหว่าง พ.ศ. 2544-2553 จาก 115.3 ต่อประชากรแสนคน เป็น 307.9 ต่อประชากรแสนคน ผู้ที่รอดูชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวนมากต้องกล้ายเป็นผู้พิการ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ภาวะเจ็บป่วยยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียด เพราะต้องเข้ามารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมาเรียนรู้จากกระบวนการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเรียนรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากพยาธิสภาพที่มีลักษณะเฉพาะ เกิดอย่างกะทันหัน มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน สังเกตได้ง่าย เรียนรู้ว่าอาการระยะแรกที่เกิดเป็นอาการที่ไม่คุ้นที่ เป็นลักษณะเดี้ยบอย และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องเรียนรู้จากการปฏิบัติของทีมสุขภาพ จนกระทั่งการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งที่ทางกายภาพ เพื่อการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ลิงเหล่านี้ก็จะหายไปในประสาทการณ์ใน การดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานนี้ของการอยู่ในโรงพยาบาล ก็จะเกิดผลกระทบของตัวผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ผลกระทบต่อจิตใจ ผลกระทบต่อการปรับบทบาท รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ในครอบครัว และในที่สุดญาติผู้ดูแลก็เกิดความต้องการความคาดหวังใน การดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความต้องการจากการบริการของทีมสุขภาพ จนถึงการทั่งความต้องการการเตรียมความพร้อมเมื่อจะต้องพาผู้ป่วยกลับบ้าน (อุทาทัย ชนะคำมา, 2553) และปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความไม่แน่ใจในการพยากรณ์โรคและอาการที่เกิดขึ้น กับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิต หรือไม่ (Yang,2007) เหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้ทำให้ครอบครัวเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และด้านบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านกิจวัตรประจำวัน อย่างใกล้ชิด จึงเลี้ยงเห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือไม่ จึงสนใจ

ศึกษาวิจัยเรื่องนี้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

คำถามของการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นอย่างไร

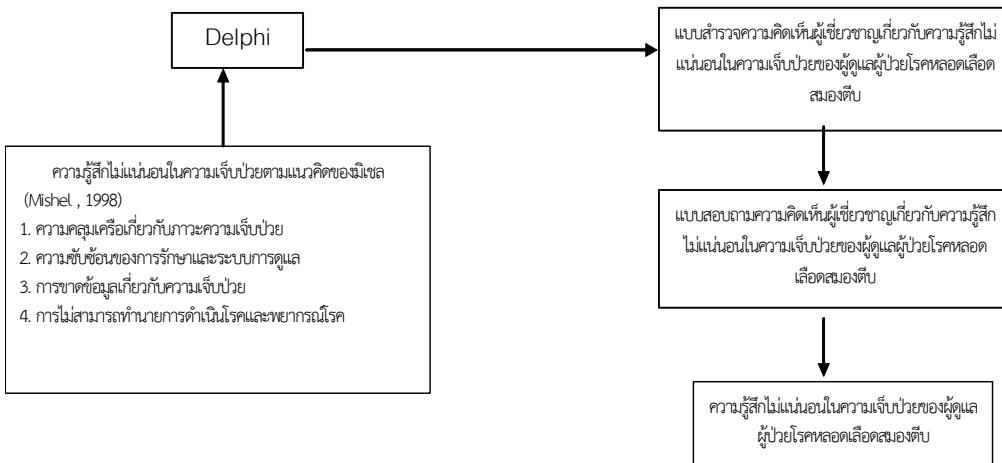
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

กรอบแนวคิดการทำวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของมิเชล (Mishel,1997) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่ล้มเหลวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ หรือไม่สามารถท่านายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มี 4 รูปแบบ (Mishel,1997) ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information) และการไม่สามารถท่านายการทำนายนิร叵ดและพยากรณ์โรค (Unpredictability) ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งทางตรง และทางอ้อม

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในบทบาทความเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เพื่อการท่านายการทำบทบาทดังกล่าวของผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล ดังที่กล่าวมา โดยมีกรอบแนวคิดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในเขตสุขภาพที่ 5 ใช้วิธีการสำรวจความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 10 ปี และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี ประจำการอยู่ที่โรงพยาบาล 8 แห่ง ในจังหวัด 1) สุพรรณบุรี 2) สมุทรสงคราม 3) ราชบุรี 4) เพชรบุรี 5) นครปฐม 6) สมุทรสาคร 7) ประจวบคีรีขันธ์ 8) กาญจนบุรี ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 เพื่อร่วบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2559

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1

จัดเตรียมโครงการวิจัยโดยศึกษาวรรณกรรมซึ่งเป็นตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการวิจัยด้วยเทคนิคเดลไฟฟ์ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาใช้ในการสร้างแบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ชนิดมีโครงสร้าง 3 ตัวเลือก และนำแบบสำรวจความคิดเห็นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนแสดงความคิดเห็น และนัดวันรับคืนภายใน 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2

รับแบบสำรวจความคิดเห็นกลับจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำข้อมูลความคิดเห็นที่ได้มารวเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขเป็นแบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตอบแบบสอบถาม และนัดวันส่งคืนภายใน 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3

เมื่อได้แบบสอบถามกลับมาแล้ว นำมาวิเคราะห์หากคลางแคลงพิสัยระหว่างค่าว่าไทล์ของคำตอบในแต่ละข้อคำถาม จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปเป็นผลวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลความคิดเห็น

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๕๘

ได้มาโดยการกำหนดโดยเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ คือ พิจารณาจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เชี่ยวชาญประจำด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยา หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเฉพาะทาง ที่มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ในเขตสุขภาพที่ 5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสำรวจ เป็นแบบสำรวจกึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสำรวจ ในการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของความไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตืบในแต่ละด้าน ในการเก็บรวมรวมข้อมูลรอบที่ 2

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแล้วทั้งหมด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษาและมีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวนนิติเดตอขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลระดับปฏิบัติการ 2 ท่าน แพทย์เฉพาะทางประสาทวิทยา 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องและขอบเขตของเนื้อหา ความมัดจำ锢ในการใช้ภาษา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขคำนวนหากค่าดัชนีความตรงตามเงื่อนไขของแบบสอบถามความมั่นคงที่สูงถึง 0.89 ได้ค่า CVI = 0.89

การรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้เชี่ยวชาญหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสต์เตียนและนำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญทำงานพร้อมหนังสือแนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเครื่องมือแบบสอบถามในการวิจัยเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟายระยะถัดไป

ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลด้วยวิธีเดลฟาย เพื่อทำการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสต์เตียน ถึงผู้เชี่ยวชาญโดยตรงพร้อมหนังสือแนะนำตัว เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง พร้อมที่แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม และนัดหมายวันมารับแบบสอบถามคืนคือ 2 สัปดาห์ นำส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 ไปยังผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ พร้อมจ่าหน้าซองเปล่าติดแสตมป์ จ่าหน้าซองถึงตัวผู้วิจัย นัดวันส่งคืนแบบสอบถาม ภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถาม

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน เพื่อให้ได้ันนทามติ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลจะทำโดยการขออนุญาติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสต์เตียนและผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลงานโดยขอความร่วมมือในการทำวิจัยซึ่ง

วัตถุประสงค์ขั้นตอนของการวิจัยการเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับซึ่งระหว่างการรวบรวมข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะที่จะออกจาก การวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ทางร้อยละ

2. ข้อมูลที่ได้จากการแบบสำรวจความคิดเห็นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาความตรงของข้อคำถามที่คัดสรรค์ (Index of Item-objective congruency : IOC) ได้เท่ากับ 0.89

คิดเป็นร้อยละ 85 อายุ 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาอีก 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 พบรุคิดการศึกษาและปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 และปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 35 และปริญญาเอกน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 10 ตำแหน่งพยาบาลเฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 50 ตำแหน่งงานเป็นหัวหน้าหรือผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 30 และตำแหน่งแพทย์เฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 20 ประสบการณ์การดำรงตำแหน่งพบร่วมประสบการณ์ระหว่าง 10-14 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ 15-19 ปี ร้อยละ 25 และ 5-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 20

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ตารางที่ 1 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำแนกตามด้านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	ความคิดเห็น เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity)	88.50	8.20	3.30
ด้านความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล (Complexity)	78.38	15.22	6.40
ด้านการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information)	84.25	11.74	4.01
ด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าได้ (Unpredictability)	84.25	11.00	4.75

จากตารางที่ 1 พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้าน ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) มีความเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 88.50 ด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าได้ (Unpredictability) และด้านการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับ

ความเจ็บป่วย (Lack of information) ร้อยละ 84.25 ด้านความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล (Complexity) ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นน้อยที่สุดคือร้อยละ 78.38 จะเห็นได้ว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าเห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 88.50 ในด้านของความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองตีบซึ่งด้านนี้มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะโรคหลอดเลือดสมองตีบมีพยาธิสภาพที่ค่อนข้างซับซ้อนและมีความรุนแรงของโรคค่อนข้างสูง ผู้ป่วยเองเกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับโรครวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ เช่นกัน

ตารางที่ 2 ร้อยละของความคิดเห็นของผู้เข้าเยี่ยม疾จำแนก รายข้อ ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย

ข้อ คำถาม	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ	ความคิดเห็น		
		เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แนใจ (ร้อยละ)
ด้านที่ 1 ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity)		88.50	8.20	3.30
1 ไม่คุยรู้จักความหมาย/คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองตีบมาก่อนเลย	82.50	11.50	6	
2 ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ	82.50	11.50	6	
3 ไม่ทราบเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ	80.55	13.45	6	
4 ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตีบ	73	1	6	
5 ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ	88	1	1	
6 ไม่ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง	88	0	12	
7 ไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองตีบ	99	0	1	
8 ไม่ทราบว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเสียชีวิตและการเกิดอัมพฤกษ์อัมพาต	99	0	1	
9 ไม่รู้ว่ามีการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (rtPA) ภายในเวลา 3-4 ชั่วโมงหลังพบอาการผิดปกติของเส้นเลือดในสมองตีบ	94.20	3.80	2	
10 ไม่รู้ว่ายาละลายลิ่มเลือดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (rtPA) สามารถลดอัตราการเกิดอัมพฤกษ์อัมพาตและอัตราการเสียชีวิตได้	93.50	4.50	2	
11 ไม่แนใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลอย่างเต็มที่แล้วหรือไม่	88	10	2	

จากตารางที่ 2 พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครื่องเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นมีคะแนนเป็น 2 อันดับแรกคือ เห็นด้วย ร้อยละ 99 มี 2 ข้อความ คือไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองตีบและไม่ทราบว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเลี้ยงชีวิตและการกัดอ้มพฤกษ์-อัมพาต ร้อยละ 94.20 มี 1 ข้อคือ ไม่รู้ว่ามีการให้ยาละลายน้ำเลือดชนิดนี้ดีเข้าหลอดเลือดดำ (rtPA) ภายในเวลา 3-4 ชั่วโมงหลังพบอาการผิดปกติของเส้นเลือดในสมองตีบร้อยละ 93.50 มี 1 ข้อคือ ไม่รู้ว่ายาละลายน้ำเลือดชนิดนี้ดีเข้าหลอดเลือดดำ (rtPA) สามารถลดอัตราการเกิดอ้มพฤกษ์-อัมพาตและอัตราการเลี้ยงชีวิตได้ร้อยละ 88 มี 3 ข้อ คือไม่ทราบเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ไม่ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ถูกต้องไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลอย่างเต็มที่แล้วหรือไม่ร้อยละ 82.50 มี 2 ข้อ คือไม่เคยรู้จักความหมาย/คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองตีบมาก่อนเลยไม่ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง ร้อยละ 80.55 มี 1 ข้อ คือ ไม่ทราบเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 73 มี 1 ข้อ คือ ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตีบจะเห็นได้ว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครื่องของโรคที่ไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองตีบและไม่ทราบว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเลี้ยงชีวิตและการกัดอ้มพฤกษ์-อัมพาต ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความเห็น เห็นด้วยถึงร้อยละ 99

ตารางที่ 3 ผลการสำรวจความคิดเห็นจำแนกตามรายด้าน รายข้อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ด้านความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล (Complexity)

ข้อ คำถาม	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ	ความคิดเห็น เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)
ด้านที่ 2 ความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล (Complexity)		78.38	13.88	13.88
2.1 รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) การฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าหลอดเลือด (tPA)	70.22	16.6	11.11	
2.2 รู้สึกไม่คุ้นเคยกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	77.77	11.11	11.11	
2.3 ไม่เข้าใจในระเบียบและขั้นตอนในการรักษาที่ครบถ้วน ชัดเจน	77.77	16.6	5.55	
2.4 ไม่มั่นใจว่าวิธีการและขั้นตอนการรักษาจะช่วยให้หายป่วยได้	77.77	0	22.22	
2.5 ไม่ทราบถึงความซับซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดจากโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน	77.77	22.22	0	
2.6 ไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากคำอธิบายซับซ้อนจนเกินไป	83.33	0	16.6	
2.7 ไม่มั่นใจว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น	77.77	0	22.22	
2.8 ไม่มั่นใจว่าคนเองจะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ถูกต้อง เช่น การทำความสะอาดบัด การดูดเสมหะ การทำแผล เป็นต้น	77.77	5.55	27.77	
2.9 ไม่ทราบวิธีการที่จะมีส่วนดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วย	77.77	11.11	11.11	

จากตารางที่ 3 พบร่วมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล (Complexity) มีคะแนนความเห็นด้วยของผู้เชี่ยวชาญสูงเป็นอันดับแรก คือ เห็นด้วย ร้อยละ 83.33 จำนวน 1 ข้อ คือ ไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากคำอธิบายซับซ้อนจนเกินไป และเห็นด้วยร้อยละ 77.77 มี 7 ข้อ ได้แก่รู้สึกไม่คุ้นเคยกับบุคลากร

ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่เข้าใจในระเบียบและขั้นตอนในการรักษาที่ครบถ้วนชัดเจน ไม่มั่นใจว่าวิธีการและขั้นตอนการรักษาจะช่วยให้หายป่วยได้ ไม่ทราบถึงความซับซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดจากโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไม่มั่นใจว่าการรักษาที่ได้รับอยู่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มั่นใจว่าคนเองจะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ถูกต้อง

เช่น การทำกายภาพบำบัด การดูดเสมหะ การทำแผล เป็นต้น ไม่ทราบวิธีการที่จะมีส่วนดูแลเพื่อส่งเสริม การพัฒนาของผู้ป่วยและเห็นด้วย ร้อยละ 70.22 จำนวน 1 ข้อ รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง กับการรักษา เช่น การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) การฉีดยาละลายลิมเลือดเข้าหลอดเลือด (rtPA) จะเห็นได้ว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความชับช้อนของการรักษาและการดูแลของโรค หลอดเลือดสมองตีบเกี่ยวกับไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เนื่องจากคำอธิบายชับช้อนจนเกินไปมากที่สุดถึง ร้อยละ 83.33

ตารางที่ 4 ผลการสำรวจความคิดเห็นจำแนกรายด้าน รายข้อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบของการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ	ความคิดเห็น เห็นด้วย (ร้อยละ)	ความคิดเห็น ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)
ด้านที่ 3 การขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information)	83.25	9.72	13.33
3.1 ไม่ได้รับข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาที่เพียงพอ	77.77	0	22.22
3.2 แม้ว่าได้รับข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไปแล้วแต่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดทั้งหมด	88.88	11.11	0
3.3 พยาบาลให้ข้อมูลที่ให้รับเที่ยงกับการดูแลผู้ป่วยมีหลายขั้นตอนเกินไป	83.33	11.11	5.55
3.4 ได้รับข้อมูลการรักษาที่เปลี่ยนแปลงบ่อยเนื่องจากระดับความรุนแรงของโรคที่เปลี่ยนแปลง	77.77	11.11	11.11
3.5 ไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดในสมองตีบและการรักษา	88.88	5.55	5.55
3.6 ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา	83.33	0	22.22
3.7 ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ท่านแม่ว่าได้รับข้อมูลในการเตรียมตัวกลับบ้านแล้วแต่ยังไม่เข้าใจในรายละเอียดที่ครบถ้วน	83.33	0	16.6
3.8 ไม่ทราบข้อมูลที่ช่วยในการพัฒนาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	83.33	0	16.6

จากตารางที่ 4 พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information) มีค่าคะแนนความเห็นด้วยของผู้เชี่ยวชาญสูงเป็นอันดับแรกคือ เห็นด้วย ร้อยละ 88.88 จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ แม้ว่าได้รับข้อมูล

การรักษาของผู้ป่วยไปแล้วแต่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดทั้งหมดไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วย และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดในสมองตีบ และการรักษาและเห็นด้วยร้อยละ 83.33 มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ พยาบาลให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมี

หล่ายขั้นตอนเกินไป ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านแม้ว่าได้รับข้อมูลในการเตรียมตัวกลับบ้านแล้วแต่ยังไม่เข้าใจในรายละเอียดที่ครบถ้วน และไม่ทราบข้อมูลที่ช่วยในการพัฒนาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และเห็นด้วยร้อยละ 77.77 มีจำนวน 2 ข้อความ ได้แก่ ไม่ได้รับข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาที่เพียงพอ และได้รับข้อมูลการรักษาที่เปลี่ยนแปลงบ่อยเนื่องจากระดับ

ความรุนแรงของโรคที่เปลี่ยนแปลงเห็นได้ว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และมีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการขาดข้อมูลในความเจ็บป่วยเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไปแล้วแต่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดทั้งหมด และไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดในสมองตีบและการรักษา ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นด้วยถึงร้อยละ 88.8

ตารางที่ 5 ผลการสำรวจความคิดเห็นด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าได้ (Unpredictability)

ข้อ คำถาม	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	ความคิดเห็น (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)
ด้านที่ 4 ด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าได้ (Unpredictability)		84.24	11.10	5.55	
4.1 รู้สึกว่าอาการและการรักษาของโรคไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังหรือต้องใจไว้	94.44	0	5.55		
4.2 ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนี้จะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น	72.22	16.66	11.11		
4.3 ไม่สามารถทำนายผลของการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้	72.22	22.22	5.55		
4.4 ไม่สามารถคาดเดาอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย	77.77	16.6	5.55		
4.5 ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยยังมีความผิดปกติอื่นใดจากการเจ็บป่วยอีก	94.44	0	5.55		

จากตารางที่ 5 พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าได้ (Unpredictability) มีค่าคะแนนความเห็นด้วยของผู้เชี่ยวชาญสูงเป็นอันดับแรกคือ เห็นด้วยร้อยละ 94.44 จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ รู้สึกว่าอาการและการรักษาของโรคไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังหรือต้องใจไว้ และไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยยังมีความผิดปกติอื่นได้ จากการเจ็บป่วยอีก เห็นด้วยร้อยละ 77.77 จำนวน 1 ข้อ คือ ไม่สามารถคาดเดาอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย เห็นด้วยร้อยละ 72.22 จำนวน 2 ข้อ คือ ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ในขณะนี้จะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่สามารถทำนายผลของการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) มีความเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 88.50 อธิบายได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบเกิดอาการขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีพยาธิสภาพมีลักษณะเฉพาะกล่าวคือ เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

ภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบในภาวะเฉียบพลันในช่วงระยะเวลา 1-3 วันแรกจะเป็นระยะที่ต้องระวัง เป็นอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยอาจจะมีอาการลับเป็นช้า ได้อีก เมื่ออาการทางระบบประสาทที่ยังไม่คงที่ ก็จะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคได้จึงทำให้ความคุณมูลค่าเรื่องในความเจ็บป่วยสูง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลและเฝ้าระวังอยู่ตลอดเวลา (อ้อฤทธิ์ ชนะคำมา, 2553) สอดคล้องกับแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1998) คือ เมื่อมีความเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สุขสบาย ไม่ทราบว่าไม่สุขสบายเกิดจากอะไร ไม่รู้ความรุนแรง อาการความเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงทำให้เกิดความคุณมูลค่าเรื่องสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของลิสต์รี (Lister, 1995) อธิบายว่าอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันใน 72 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่พบว่า มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ และส่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล พยาบาลจึงควรเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึก คำนึงถึงการให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การให้ข้อมูลนี้มีความจำเป็นและเพียงพอ เพื่อให้ญาติเกิดความรู้สึกความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นขบวนการการสร้างสรรค์ พัฒนาให้ครอบครัวได้เข้าใจสถานการณ์เหล่านี้ได้อย่างดี รวมถึงการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลหลังการประเมินและให้การพยาบาลหลังผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว หากมีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นที่ญาติจะต้องทราบและร่วมตัดสินใจควรจะมีการให้ข้อมูลเป็นระยะ 3 วันแรกในทุกๆ วัน นอกเหนือไปยังสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจพร รัตนบุรีชาภุญ (2555) อธิบายว่า การให้ข้อมูลของทีมสุขภาพ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมี ความวิตกกังวลลดลง โดยแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และให้ข้อมูลในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจาก

เดิมมาก หรือมีอาการแย่ลง โดยมีระยะเวลาที่เหมาะสมคือประมาณ 15 นาที ในการให้ข้อมูล ส่วนพยาบาลมีความใกล้ชิดสนับสนุนกับผู้ดูแลเนื่องจากได้พบผู้ดูแลทุกครั้งที่มาเยี่ยมผู้ป่วย จะเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกวัน และยังพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในต้านต่างๆ ไม่ครบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ฉาย มน่วงษ์ (2551) พบว่าญาติผู้ดูแลยังไม่ได้รับคำแนะนำในการจัดการดูแล ทุกด้านและยังพบผู้ดูแลบางรายที่ไม่สามารถจัดคำแนะนำต่างๆ ได้อีกด้วยดังนั้น หากในระยะนี้สามารถที่จะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลได้รวดเร็ว ก็จะสามารถวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลในระยะนี้เพื่อลดความคุณมูลค่าเรื่อง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยลงได้

ข้อเสนอแนะ

- ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำผลของการวิจัยไปกำหนดแนวทางการปฏิบัติพยาบาลในห้องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้เพื่อให้เกิดระบบการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นประสิทธิภาพ

- ทีมสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ครอบคลุม ตรงตามความต้องการและลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

- ผู้สนใจศึกษาทำวิจัยเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการสร้างโปรแกรม การพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกกลี ทรัพย์สุวรรณ. (2555). การจัดการทางการพยาบาลในการจัดตั้งหน่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แผนกอาชญากรรมโรงพยาบาลระดับตertiary ในจังหวัดสุพรรณบุรี. นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จันทร์ฉาย มงคลช์. (2551). การรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
เจ้าพระยาเมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ชุมร์พยาบาลโรงพยาบาลประจำแห่งประเทศไทย. (2553). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
สำหรับพยาบาลทั่วไป. สถาบันประเทศไทย.
- ธิดารัตน์ อภิญญาณิตยา พันธุ์เวชย์. (2556). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี 2556 (งบประมาณ 2557).
กรุงเทพฯ : สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- นิจศรี ชาญนรงค์ (สุวรรณ). (2550). การดูแลรักษาภาวะลมองขาดเลือด ในระยะเฉียบพลัน.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจพร รัตนพรีชาภุกุล. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลระดับตertiary ในจังหวัดสุพรรณบุรี.
นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2554). รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : สำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556.
กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อิลรีย์ วีระเสถียร. (2555). คุณลักษณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและสมรรถนะ
พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตามแบบจำลองการเตรียมแรง.
นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อ้อฤทธิ์ ธนคำมา. (2553). ประสบการณ์การดูแลและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อ้อมใจ แก้วประทada และคณะ. (2552). การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K.F., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). *Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 month after discharge*. Indiana University School of Nursing : USA.
- Buddhawan, N. (2002). *Factors influencing health status of caregivers of operative neurosurgical patient*. Unpublished master's thesis, Mahidol university.
- Burn, N. and Grove, S.K. (2001) .*The practice of nursing research*. 4 ed.
Philadelphia : W.B.Saunders.
- Carrozzella, J., Hogan, K., Fairfax, J., Gordon, V., & Kopacz, M. (2002). "Assessing cognitive Functionafter stroke using the FIM instrument". *Journal of Neuroscience Nursing*. (34) : 99-104.

- Davis, L. L. (1992). "Building a science of caring for caregivers". *Family & Community Health.* 15(2) :1-9.
- Jacobsson, C. Axelsson, K. Osterlind, P.O. & Norberg, A. (2000). "How people with stroke and Healthholder people experience the eating process". *Journal of Clinical Nursing.* (9) : 255-264.
- Folden, S.L. (1993). "Effect support-educative nursing intervention on older adult'perception of self careafter stroke". *Rehabilition Nursing.* 18(3):162-167.
- Holmvist, L. D., Koch, L., Kostulas, V., Holm, M.,Widsell, G., Tegler, H., et al. (1998). "A Randomizedcontrolled trail of rehabilitation at home after stroke in Southwest Stockholm". *Stroke.* (29) : 591-597.
- Horowitz, A. (1985). "Sons and daughters as caregivers to older person : Differences in role performance and consequences". *The Gerontologist.* 25(6) : 612-617.
- Hupcey, J. E. (1999). "Looking for the patient and ourselves-the process of family integration into the ICU". *Journal of Clinical Nursing.* 8(3) : 253-263.
- Leske, J. S. (2002). "Interventions to decrease family anxiety-protocols for practice". *Critical Care Nurse.* 8(4) : 169-173.
- Linstone, H.A. and Turoff,M. (1975). *The Delphi method techniques and application.* Massachussetle : Addison-Weskey Publishing.
- Mishel, M.H. (1990). "Reconceptualization of the Uncertainty in illness Theory". *Journal of Nursing Scholarship.* (15) : 256-261.
- Mishel, M.H. (1997). "Uncertainty in Acute Illness". *Anual Review of Nursing Research.* (15) : 57-76.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing concepts of practice.* St.Louis : Mosby.
- Smith, G.L. (2002). "Self-efficacy and quality of life after stroke". *Journal of Neuroscience Nursing.* 34(2) : 91-98.
- Tracy, J.S. Froeler & K. Magarelli. (1999)." Hope and anxiety of individual family Members of critically ill adults". *Applied Nursing Research.* 12(3) : 121-127.
- Wood, F .G. (1991). "The meaning of caregiver". *Rehabilitation Nursing.* 16(4) : 9-19.
- Yang, S. (2007). "A Mixed method study on the needs of Korean familied in the intensive care unit". *Australian Journal of advance nursing.* 25(4) : 79-86.
- Wantana, C. (2003). *Factors influencing on quality of life among patient with traumatic brain injury.* Unpublished Master's thesis, Mahidol university.



**ความสำเร็จของระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม
จังหวัดปทุมธานี**

**The Success System for Counseling and Helping Unwanted Teenage
Pregnancy, PathumThani Province**

พรพิพย์ คงเนืองบุตร*

ดร.สมดี อนันต์ปฏิเวช**

วรรณ พแสงแก้ว***

พรพิพย์ กีระพงษ์****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสำเร็จของโรงพยาบาลปทุมธานีในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่คุณย์ช่วยเหลือลังคมหรือ "คุณย์พึงได้" ของโรงพยาบาลปทุมธานีและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำนวน 8 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ความสำเร็จของระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของโรงพยาบาลปทุมธานีมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ (1) ระบบที่เน้นความเอื้ออาทร ความเป็นมิตรและมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือ (2) ระบบครอบงำในการให้ความช่วยเหลือ (3) ระบบที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ (4) ระบบที่ผู้บริหารส่งเสริมแกนนำในการขับเคลื่อนอย่างจริงจังและทั่วทั้งองค์กร (5) ระบบการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกของบุคลากรในการให้ความช่วยเหลือ และ (6) ระบบที่มีการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายทุกระดับและพัฒนาระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือดังกล่าว เป็นความสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างในการพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพของหน่วยงานในเครือข่ายด้านสุขภาพในประเทศไทย

คำสำคัญ: ระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม เครือข่าย

*หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมธานี

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เตเรซ

***หัวหน้าคุณย์ OSCC โรงพยาบาลปทุมธานี

****รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช

Abstract

The purpose of this study was to study of the success of counseling and helping system for unwanted teenage pregnancy of Pathum Thani Hospital. The study utilized the qualitative method. Qualitative interviews were conducted with 8 relevant health care providers who have worked in the One Stop Service Crisis Center (OSCC) and other relevant centers. The instruments included a focus group interview to collect qualitative data using content analysis. The findings shows that the success of counseling and helping system for unwanted pregnancies in teenagers of Pathum Thani Hospital involved various factors which are: (1) the system has focused on generosity, rapport, and confidence in providing assistance, (2) there is a comprehensive system of

assistance, (3) the system has encouraged family involvement in providing assistance, (4) administrators have encouraged their leaders to drive aggressively and throughout the organization, (5) the system has encouraged their personnel for adjusting attitude to be more positive in providing assistance, (6) the system has cooperated with networks at all levels and developed a clear referral system.

This success system for counseling and helping unwanted teenage pregnancy can be a model for developing the systematic and efficient systems for health care networks in Thailand.

Keywords: System for counseling and helping, Unwanted teenage pregnancy, Networks

ความสำเร็จและปัญหาการวิจัย

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีค่าสูงติดอันดับต้นๆ หรือเป็นอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ซึ่งจากข้อมูลของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการคลอดของมารดาอายุ 15-19 ปี ณ พ.ศ. 2543 เท่ากับ 31.1 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน และเพิ่มสูงถึง 53.8 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ใน พ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นถึงกว่าร้อยละ 70 ในขณะเดียวกัน สถาบันสำมะโนประชากร คาดว่าในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยจะมีจำนวนเด็กและ少年人ในวัยรุ่นประมาณ 10 ล้านคน หรือประมาณ 25% ของประชากรไทย ทำให้เกิดปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญ

ลีบประมาณร้อยละ 20 นอกจากนี้ ยังพบว่าอายุของแม่รุ่นนับวันจะยิ่งน้อยลงจากข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ลดลง 3,725 คน ซึ่งคิดเป็นจำนวนที่สูงกว่า 10 ปีที่แล้วถึงกว่า 2 เท่า (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นไทยกำลังเป็นประเด็นสำคัญของปัญหาสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในชีวิตในระดับสูงกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีความไม่พร้อมในการมีบุตรนั้นจะก่อให้เกิดความเชื่อมโยงสู่ปัญหาทางต่อว่างกายของวัยรุ่นและทางรักในครรภ์ เช่น การติดเชื้อหลังการทำแท้งเดือน ปัญหาด้านจิตใจ ผลกระทบด้านการศึกษา อีกทั้งมีการ

ทดสอบทึ้งทาง หรือการทำร้ายหรือฆ่าทารกมากขึ้น ในสังคมไทยฯลฯ ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญอย่างมากในประเด็นปัญหา การท้องไม่พร้อมของวัยรุ่นไทยที่มีความรุนแรงสูงขึ้น อย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่สอดคล้องกับความสำเร็จของ การวางแผนการคุมกำเนิดของประเทศไทยรวม หลายปีที่ผ่านมาจึงเกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นไทยที่ประสบปัญหาดังกล่าวมา อย่างต่อเนื่องจะเห็นว่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นไทยมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านพฤติกรรม รุนแรง ด้านเศรษฐกิจ การทอดทิ้งจากฝ่ายชาย การท้อง นอนสมรส และปัจจัยอื่นๆ อันส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นและครอบครัว อย่างมาก (องค์การแพธและสำนักบริหารการสาธารณสุข, 2554) สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดตั้งระบบบริการของ ศูนย์ช่วยเหลือสังคมหรือ "ศูนย์ที่ได้" (One Stop Service Crisis Center: OSCC) เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ประสบปัญหา ท้องไม่พร้อม ให้ได้รับบริการช่วยเหลืออย่างครบวงจร ทั้งในด้านสุขภาพกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และ กระบวนการรยุทธิธรรม เป็นการลดลงเลี้ยดท่านจาก บุคลากรในโรงพยาบาล และจากสังคมภายนอกที่ยัง มีทัศนคติทางลบต่อประเด็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและ การยุติการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย

นอกจากนี้ สำนักบริหารการสาธารณสุขยัง ได้ร่วมมือกับองค์การแพธ และมูลนิธิสร้างความเข้าใจ เรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) จัดทำโครงการพัฒนา รูปแบบการให้บริการปรึกษาทางเลือก เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศและประสบ ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยได้นำเสนอการใน โรงพยาบาล 5 แห่ง โรงพยาบาลปทุมธานีเป็น โรงพยาบาลหนึ่งที่เข้าร่วมในโครงการดังกล่าว เพื่อให้ การช่วยเหลือผู้หญิงที่ประสบปัญหาท้องไม่พร้อมได้อย่างครบวงจรและเป็นองค์รวม มีการบูรณาการ การปฏิบัติงานระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ภายใน โรงพยาบาลเข้าด้วยกัน รวมถึงการประสานความ

ร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกในการให้ความช่วยเหลือ แก่วัยรุ่นไม่พร้อมในการตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโรงพยาบาลปทุมธานีเป็นสถานบริการสุขภาพระดับ ตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลนำร่องในการเข้าร่วม กระบวนการบูรณาการปรึกษาทางเลือกับศูนย์ที่ได้ ซึ่งระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ ไม่พร้อมของโรงพยาบาลปทุมธานีได้รับการยอมรับ จากหน่วยงานด้านสาธารณสุขอย่างกว้างขวางทั่วภัยใน ประเทศไทยและนักประทศ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการ ศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสำเร็จของระบบการให้ คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมของ โรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อให้สามารถนำไปเป็นแบบ อย่างในการพัฒนาเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือกลุ่ม ประชากรที่มีความเสี่ยงของกลุ่มนี้ในหน่วยงานของ จังหวัดปทุมธานีต่อ หรือขยายเครือข่ายที่กว้างออกไป ประกอบกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระบบการให้ บริการด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมและครบวงจรในการ ให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเทศไทย ยังมีข้อจำกัดบางประการ ที่ส่งผลให้ระบบและกลไก ของการให้บริการในเรื่องนี้ยังไม่ขยายวงที่กว้างขึ้น โดย เนพะบุคลากรทางสุขภาพของหน่วยงาน ในสถาน พยาบาลขนาดเล็กหรือขนาดกลาง ไม่แต่ละจังหวัด โดย พ布ว่าหน่วยงานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความเข้าใจ ในการให้ความช่วยเหลือ หรือมีทัศนคติ บางประการ ในเชิงลบที่ส่งผลต่อการให้ความช่วยเหลือ ถึงแม้ว่า ใน ปัจจุบันกฎหมายของสังคมไทยอาจจะมีทางออกสำหรับ ผู้หญิงที่ประสบปัญหานี้โดยสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ ในกรณีถูกข่มขืน กรณีการตั้งครรภ์ที่ส่งผลเสียต่อ สุขภาพทั้งกายและใจของผู้หญิง หรือในกรณีที่ผู้หญิง อายุต่ำกว่า 15 ปีก็ตาม (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากประเด็นและปัญหาดังกล่าวข้างต้น การศึกษาความสำเร็จของระบบการให้คำปรึกษาและ ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมของโรงพยาบาลปทุมธานี จึงเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อใช้เป็น แบบอย่างในการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและ

ช่วยเหลือประชาชนกลุ่มนี้ ซึ่งผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานด้านสุขภาพที่เป็นเครือข่าย การให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นกลุ่มนี้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีระบบการให้ความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพในสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสำเร็จของระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของโรงพยาบาลปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method research)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือผู้ให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล เขตจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี โดยเป็นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปทุมธานี ที่เป็นแกนนำและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม เข้าร่วมการสัมภาษณ์แบบสุนทรีย์ (Focus group) จำนวน 8 ราย ได้แก่ ผู้แทนของพยาบาลห้องฉุกเฉิน (ER) พยาบาลหน่วยผ่าตัด (ANC) พยาบาลห้องคลอด (LR) พยาบาลหน่วยทารกแรกเกิด (NICU) พยาบาลหลังคลอด (PP) นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการหน่วยเวชกรรม และประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลปทุมธานี

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมี 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินการวิจัย ที่มีผู้วิจัย ประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนการดำเนินการวิจัยโดยพิจารณาลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเฉพาะ

คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงในการปฏิบัติงาน การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตั้งแต่ระยะที่วัยรุ่นหรือครอบครัวโทรศัพท์เข้ามาขอคำปรึกษาจนกระทั่งการกำหนดวัยรุ่นกลับสู่ครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อหรือยุติการตั้งครรภ์ก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถาม ขั้นตอนของการวิจัย และสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกส่วนงาน หลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเขียนยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และผู้วิจัยได้กำหนดวันและเวลาด้วยマイรันการสนทนากลุ่มร่วมกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย เป็นระยะของการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาความสำเร็จของระบบให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของโรงพยาบาลปทุมธานี โดยการสัมภาษณ์กลุ่มแกนนำและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีหรือความสำเร็จของระบบที่ใช้ในโรงพยาบาลปทุมธานี นานประมาณ 3 ชั่วโมง ใช้วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา และความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล : เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาของการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลปทุมธานี

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง : เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้ข้อคำถามกว้างๆ ในช่วงแรก และมีความลึกซึ้งมากขึ้นในการสัมภาษณ์ช่วงท้ายกับ

ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของ การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย และมีการกระตุนให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน รวมถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำเร็จในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ผ่านมา ตัวอย่างของข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้แก่

1. ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวคุณและงานที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลปฐมชนานี้ด้วยนะคะ

2. กรุณานำเสนอถึงความรู้สึกของคุณที่ต้องปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมด้วยได้ไหมคะ

3. คุณคิดว่ามีอะไรที่ช่วยให้คุณสามารถให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้มากขึ้นในหน่วยงานที่คุณได้ปฏิบัติงานอยู่

4. ในมุมมองของตัวคุณเอง วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับความช่วยเหลือที่ผ่านมา มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลปฐมชนานามากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด

5. จากผลของการประเมินจากผู้รับบริการที่เป็นวัยรุ่นและครอบครัวที่ผ่านมา และผลการประเมินจากล้วนๆ คุณคิดว่าระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือของโรงพยาบาลปฐมชนานีประสบความสำเร็จหรือไม่ อย่างไร

6. คุณคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยให้ระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือของโรงพยาบาลปฐมชนานีประสบความสำเร็จในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม

7. จากประสบการณ์ของการดำเนินงานในด้านนี้ คุณคิดว่า ระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือของโรงพยาบาลปฐมชนานีสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือเป็นแบบอย่างในระบบบริการสุขภาพส่วนอื่นได้หรือไม่ อย่างไร

การสร้างความเชื่อถือให้กับงานวิจัย (Trustworthiness)

คณะกรรมการวิจัยได้วางแผนการดำเนินงานวิจัยเพื่อให้รักษาระบบของการวิจัยมีความน่าเชื่อถือดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มของผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลปฐมชนานี ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือโดยตรง และผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการให้การดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมมาในระยะเวลาที่ยาวนานมากกว่า 10 ปี (Prolonged engagement) ทำให้เข้าใจปัญหาของวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก และผู้วิจัยได้สังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเป็นเบื้องต้น โดยข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจะได้รับการตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ (Member checking) อีกทั้งคณะกรรมการผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพได้มีการวิเคราะห์และบทบทวนผลการวิจัยร่วมกัน (Peer debriefing) เพื่อสรุปประเด็นที่พบจากการศึกษาที่มีความสอดคล้องกัน

2. การหลีกเลี่ยงความเป็นอคติของผู้วิจัย (Dependability) ผู้วิจัยได้แบ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมกลุ่มนี้ โดยบุคลากรทุกฝ่ายจะต้องเป็นผู้มีประสบการณ์โดยตรงในการให้ข้อมูลในข้อคำถามกับโครงสร้างทั้ง 7 ข้อ และภายหลังจากเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะมีการบันทึกภาคสนามทันที นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ถอดเทปเสียงทั้งหมดของกระบวนการสัมภาษณ์ของ และมีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ ที่ยังไม่ครบถ้วนจนข้อมูลมีความอิมตัว ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น

3. ความเชื่อมั่นของระเบียบวิธีวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยมีการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยการจดบันทึก การบันทึกภาคสนาม การถอดบทลัมภาษณ์ทุกค่า และคณะกรรมการผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกันภายหลังจากการสัมภาษณ์การสัมภาษณ์ในช่วงเดือนเดียวกัน

4. ผลการวิจัยนำไปใช้ได้จริง (Transferability)

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจลพะเจาจะจะเพื่อให้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ถ่ายโอนผลการวิจัยสู่การปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง โดยเลือกกลุ่มภาคชนผู้ให้บริการสุขภาพในฝ่ายต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยคัดผู้วิจัยมีความเชื่อว่ามักน่าวุ่นวาย บุคลากรทุกฝ่ายมีความสำคัญที่จะช่วยให้ระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือประสบความสำเร็จ ยกตัวอย่างเช่น หากระบบการช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งแต่เริ่มเข้ามาในแผนกประชาสัมพันธ์จนถึงการส่งต่อผู้รับบริการกลับสู่ชุมชนดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมสมต่อไปได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกรายใน การสนทนากลุ่มตามวันและเวลาที่ได้นัดหมายไว้ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ร่วมไปกับการขออนุญาตบันทึกเทป ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกรายใน 7 คำถาม ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามหรือพูดคุยในประเด็นต่างๆ ขณะสัมภาษณ์ในกลุ่ม เพื่อให้บรรยายความของการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้ข้อมูลได้อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ (Moderator) เป็นผู้ที่ตั้งประเด็นในการสนทนา เพื่อซักจุใจให้กลุ่มของผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้แสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานและความสำเร็จจากการปฏิบัติในระบบของ การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเมื่อสิ้นสุด ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้สรุปและตรวจสอบข้อมูลสำคัญของตนเอง ผู้วิจัยได้ถอดเทปการสัมภาษณ์ค้ำต่อค้ำของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ด้วยตนเอง และบันทึกข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ พฤติกรรม และปฏิกรรมของผู้ให้ข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละข้อคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุบัติ (Inductive analysis) จากผลของการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลปทุมธานี เป็นเพศหญิงทั้งหมด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 45 – 52 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 5 คน ปริญญาโท 3 คน ปฏิบัติหน่วยงานตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน หน่วยผู้ป่วย ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด หน่วยห้องคลอด แผนกสัมคมสังเคราะห์ แผนกวิชาการหน่วยเวชกรรม และผู้อำนวยการหน่วยงานที่บังคับติดงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป

ความสำเร็จของระบบ ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของโรงพยาบาลปทุมธานี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือแนวปฏิบัติที่ดีของระบบให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมของโรงพยาบาลปทุมธานี ประกอบด้วย

(1) ระบบที่เน้นความเอื้ออาทร ความเป็นมิตรและมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือ ปัจจัยอย่างที่เกี่ยวข้องได้แก่ การรับเรื่องด้วยความเป็นมิตรและเอื้ออาทร ความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจ เป็นด่านแรกที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตรและอยากร่วมมือ การฟังอย่างเข้าใจของบุคลากร จะช่วยให้เกิดการปัจจัยบวก ทัศนคติเชิงบวกต่อการให้บริการวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม การส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องช่วยให้เกิดความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือ ความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือของบุคลากรที่มีสุขภาพ มีความสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมการตัดสินใจ เข้ารับบริการหรือออกจากระบบบริการสุขภาพของวัยรุ่นกลุ่มนี้ จากที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ภาวะตั้งครรภ์

ไม่พร้อมดังกล่าว มักเป็นไปในลักษณะที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อวัยรุ่นและครอบครัว ถือเป็นภาวะวิกฤติในช่วงหนึ่งของวัยรุ่นที่อยู่ในสภาพที่ต้องการความเข้าใจและการยอมรับในระดับสูง ความพร้อมทั้งด้านความรู้ และทักษะในการให้ความช่วยเหลือด้วยความเป็นมิตร เช่นนี้ จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้วัยรุ่นและครอบครัวเข้ามารับการบำบัดรักษาอย่างอบอุ่นใจและเต็มใจ สอดคล้องกับแนวทางการให้ความช่วยเหลือของกรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค (2557) ที่ได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) (ฉบับบูรณาการ) และแบบประเมินตนเองโดยได้นำแนวทางขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) มาใช้ ซึ่งได้สรุปคุณลักษณะ YFHS ประกอบด้วย นโยบายที่เป็นมิตร กระบวนการให้บริการที่เป็นมิตร ผู้ให้บริการที่เป็นมิตร ที่มีสนับสนุนบริการที่เป็นมิตร สถานที่ดังอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เ dinทางสังคม วัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วม มีการสื่อสารกับชุมชนและชุมชน มีส่วนร่วม การบริการเชิงรุกและสัมพันธ์กับบริการ ด้านอื่นโดยวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน การบริการที่เหมาะสมและครบวงจร การบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผล การบริการที่มีประสิทธิภาพ จะเห็นว่า มาตรฐานบริการที่เป็นมิตรดังกล่าวได้ให้ความสำคัญกับลักษณะของที่มีผู้ให้บริการและสมรรถนะของผู้ให้บริการในระดับเดียวกันมาก

(2) ระบบควบคุมจราในการให้ความช่วยเหลือ ปัจจัยอย่างที่เกี่ยวข้องได้แก่ มีระบบการรับเรื่องและคัดกรองโดยมีการประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เครวะฉุกเฉินและสังคม มีการส่งต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ ไม่พร้อมอย่างเป็นระบบ การให้ความช่วยเหลือวัยรุ่น ตั้งครรภ์ไม่พร้อมระยะวิกฤตในลักษณะ One Stop Service Crisis Center: OSCC และการวางแผน การช่วยเหลือในระยะยาว ซึ่งจากข้อมูลที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ได้สนับสนุนให้เห็นถึงความสำคัญของศูนย์พิ่งได้ ว่าสามารถช่วยให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถ

ตัดสินใจในการตั้งครรภ์ต่อหรือยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับผลการดำเนินงานของมูลนิธิเพชรทูไฮล์ (Path2 Health Foundation) (คุณย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ที่ปัจจุบันเน้นการพัฒนาระบบบริการ ปรึกษาท้องไม่พร้อมทางโทรศัพท์ที่ครบวงจร ทั้งในด้านการให้บริการ ปรึกษาทางเลือก การส่งต่อบริการตามทางเลือก ที่เชื่อมต่อกับเครือข่ายบริการที่ปลอดภัย และเป็นมิตร โดย 1) ขยายและพัฒนาการส่งต่อบริการ ยุติการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ต่อ และการคุมกำนิดกับเครือข่ายและสถานพยาบาลต่างๆ ให้เพียงพอต่อความต้องการ 2) พัฒนาให้มีข้อมูลที่ถูกต้อง รอบด้านและปรึกษาเบื้องต้นทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นช่องทางที่วัยรุ่นและผู้หญิงที่ห้องไม่พร้อมเข้าถึงได้เป็นอันดับต้นๆ โดยการพัฒนาเว็บไซต์ www.lovecarestation.com ให้เป็น On-line Service for Teenage Pregnancy 3) พัฒนา เครือข่ายส่งต่อปรึกษาทางโทรศัพท์และ การบริการ ตามทางเลือก เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดระบบส่งต่อ ที่เป็นรูปธรรมในระยะยาว และเกิดนิวัตกรรมการให้การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตสำหรับวัยรุ่น ในด้านสุขภาพทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น

(3) ระบบที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ ปัจจัยอย่างที่เกี่ยวข้องได้แก่ การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและความเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา ช่วยให้ครอบครัวยอมรับความผิดพลาดของวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ การส่งเสริมการตัดสินใจของวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นแนวทางของการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หรือการตั้งครรภ์ต่อ และการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้รับฟังและบอกทางเลือกที่เป็นไปได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่เป็นบิดา มารดา และสามีของวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม จะเป็นผู้ที่มีส่วนให้ความช่วยเหลือแก่วัยรุ่น

กลุ่มเลี้ยงนี้ได้อย่างชัดเจน นอกเหนือนี้ ยังรวมถึงภาคีทุกภาคส่วนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นกลุ่มนี้อย่างจริงจัง ดังเห็นได้จากการที่สำนักสร้างและจัดการความรู้ของกรมอนามัย ได้มีการจัดอบรมเรื่องร่วมกันในประเด็นของการจัดการปัญหาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม (2558) พฤบผลการจัดการความรู้เป็นมาตรฐานความรู้ 9 แกนหลัก โดยสามแกนแรกเป็นเรื่องของครอบครัวและชุมชน ได้แก่ แกนที่ 1 การสร้างมุมมองเสริมทัศนคติ และการพัฒนาความรู้ ทักษะชีวิต เพศศึกษาแก่วัยเรียน และวัยรุ่น ครอบครัว ครูและชุมชน (Upstream) แกนที่ 2 การสร้างระบบความร่วมมือในระดับพื้นที่ ทั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน ท้องถิ่น ชุมชน เพื่อการจัดการปัญหา (Upstream) แกนที่ 3 การเสริมสร้าง เกราะ การป้องกันและมาตรการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่นในครอบครัวและชุมชน (Mainstream) ซึ่งเป็นแนวทางการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกเหนือนี้ ผลการศึกษาบังสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของบุราเทพ โชคธนานุกูล และ gamlochan ก้า สุวรรณ (2559) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดึงพ่อวัยรุ่นให้มีส่วนรับรู้ และแก้ไขปัญหา และการให้การสนับสนุนร่วมกันของห้องส่องครอบครัวทั้งในเรื่องบทบาทของการเป็นบิดา และการเป็นสามีที่ดี อันจะช่วยให้ความเข้าด้วยกันในครอบครัวของห้องส่องผู้ชายลดลง และเพิ่มโอกาสในการกลับเข้าไปสู่การเรียนในโรงเรียนของห้องพ่อและแม่วัยรุ่นได้อีกด้วย

(4) ระบบผู้ช่วยราชการส่งเสริมแกนนำในการขับเคลื่อนอย่างจริงจังและทั่วทั้งองค์กร ปัจจัยอุปสรรคที่เกี่ยวข้องได้แก่ มีแกนนำขับเคลื่อนระบบที่มีประสิทธิภาพเป็นไปตามนโยบายและผู้บริหารให้การสนับสนุน มีกระบวนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของทีมบุคลากรสาธารณสุข ช่วยเพิ่มพลังในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างต่อเนื่อง มีระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเฉพาะต่อ

วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมกับบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องช่วยให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างสนับายน่าใจ ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของประเทศที่มีกฎหมายให้การดูแลและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ดังพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 หมวด 1 มาตรา 7 ที่กำหนดว่า "ให้สถานบริการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้ (1) ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นวัยรุ่นอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ (2) จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้รับบริการซึ่งเป็นวัยรุ่น และสอดคล้องกับสิทธิตามมาตรา 5 รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม"

(5) ระบบการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกของบุคลากรในการให้ความช่วยเหลือ ปัจจัยอุปสรรคที่เกี่ยวข้องได้แก่ การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานและเครือข่ายให้มีทัศนคติเชิงบวกในการให้ความช่วยเหลือตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน และบุคลากรมีแนวทางที่ชัดเจนในการให้ความช่วยเหลือ โดยไม่เกิดความรู้สึกของภาระงานที่มากขึ้น พร้อมกับได้รับผลลัพธ์ที่ดี การปฏิบัติในเชิงばかりอยู่เสมอ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) ที่ให้ข้อมูลว่า "ในระยะแรกของการทำงานร่วมกับ Teen UP Care เขตนครชัยยุธยา กรรมการดำเนินงานต้องผ่านอุปสรรคมากมาย คุณรอบข้างไม่เห็นด้วย มองคนทำงานในแง่ลบอย่างไรก็ตาม ทีมทำงานก็ยังเห็นใจแย่แน่น ทำงานกับทีมที่เห็นด้วย เพราะผู้ทำงานด้านนี้ย่อมมีความเครียดไม่มีใครยกทำ แต่จำเป็นต้องทำ เพราะเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่เราจะต้องช่วยเหลือคนๆ หนึ่งที่มีความทุกข์ที่สุด ให้ได้รับบริการที่ดีที่สุด"

(6) ระบบที่มีการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายทุกรายดับและพัฒนาระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ปัจจัยอุปสรรคที่เกี่ยวข้องได้แก่ มีการทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือและการป้องกัน

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมช้า และมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมและครอบครัวซึ่งผลการศึกษาไม่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข (2558) ที่ให้อ绡เสนอแนะว่า ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลควรพิจารณานำไปใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานและการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ ของแม่วัยรุ่นและครอบครัวมีดังนี้ (1) จำนวนแม่วัยรุ่นได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่ออย่างเหมาะสม (2) จำนวนแม่วัยรุ่นมีพุทธิกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (3) จำนวนแม่วัยรุ่นมีอัตราการทอดทิ้งบุตรลดลง (4) จำนวนแม่วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีการหย่าร้างน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ระดับนโยบาย : จากผลกระทบของปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งให้เห็นว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นและครอบครัว อีกทั้งเป็นประเด็นปัญหาที่ยังต้องให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจังและต่อเนื่อง

1) ผู้บริหารของหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและมีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทั้งด้านการพัฒนาแกนนำหรือหน่วยงานเฉพาะที่พร้อมให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจัง และเป็นรูปธรรม

2) ผู้บริหารของหน่วยงานทุกระดับควรมีความตระหนักร่วมกันในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายหรือภาคีความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งจากภาครัฐ หน่วยงานเอกชน และภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมวางแผนการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมช้า ในวัยรุ่นในสังคมไทยอย่างเป็นรูปธรรม

1.2 ระดับปฏิบัติการ : เป็นการเน้นการดำเนินงานที่มีความเชื่อมโยงกันของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1) ผู้ปฏิบัติงานที่เป็นแกนนำในการให้ความช่วยเหลือมีการพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทของตน โดยสามารถพัฒนาแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวจากระบบทรั้งแบบที่ประสบความสำเร็จในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขยายผลการดำเนินการ ผ่านกระบวนการการกลุ่ม/ภาคี/เครือข่ายต่อไป

2) ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ดังเช่น การปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรให้เป็นเชิงบวก การพัฒนาระบบที่ให้ความเป็นมิตรมากขึ้น และบุคลากรมีความรู้และทักษะที่เพียงในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้วัยรุ่นมีข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจและได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ และการพัฒนาระบบการส่งต่อที่ชัดเจน เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาวิจัยด้านการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกของบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้มักถูกสังคมตีตราในเชิงลบ กระบวนการปรับเปลี่ยนทัศนคติในเชิงบวก จะเป็นด้านแรกของความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจในการให้ความช่วยเหลือของบุคลากรอย่างเต็มศักยภาพ

2.2 การศึกษาเบรียบเทียบระบบการให้ความช่วยเหลือในวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมในรูปแบบต่างๆ และในบริบทของสังคมที่แตกต่างกัน ทั้งในเขตเมืองและชนบท

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับบูรณาการ) และแบบประเมินตนเอง. กรุงเทพฯ : ศูนย์ลือสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าอม.
- เบญจพร ปัญญาณ. (2553). การทบทวนองค์ความรู้ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุรุเทพ โชคธนานุกูล และกมลชนก ข้าสุวรรณ. (2559). "การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น" ผลกระทบทางสังคมจากมุ่งมองเรื่องเพศของแม่ต่างรุ่น. วารสารประชากร, 4(2) : 61-79.
- พระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. (2559/ 31 มีนาคม).
- ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 133 ตอนที่ 30 ก. หน้า 2-3.
- วิภาวดี อั้งประพันธ์. (2537). กฎหมายทำแห่งข้อโต้แย้งที่ไม่ยุติ. กรุงเทพฯ : เจนเดอร์เพลส.
- โรงพยาบาลปทุมธานี. (2557). การศึกษามารดาวัยรุ่น จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2557. ปทุมธานี : โรงพยาบาลปทุมธานี.
- ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ. (2554). การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส). ศูนย์ประสานงานองค์กรอาสาพัฒนาด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพร อกินันท์เวช. (2553). การให้คำปรึกษาในวัยรุ่นตั้งครรภ์. ในธราธิป โคละทัต, บุญยิ่ง มะนะบริบูรณ์ และวิทยา ถิฐาพันธ์ (บรรณาธิการ), วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนดปัญหาที่ท้าทาย.
- กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พิพิธ์ติํวันเดียว.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). ยอดทำแห่งหญิงไทยพุ่งเท่าที่มีคนต่อปี [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กันยายน, จาก <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/1771>.
- สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). รายงานวิจัย พ.ม. ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2556, เรื่อง "บทบาทของครอบครัวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นไทย" [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2558, จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/society.go.th/article_12781/17029.pdf.
- สำนักสร้างและจัดการความรู้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การจัดการปัญหาและการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การส่งเสริมสุขภาพผ่านศีก.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ศูนย์ลือและลิ่งพิมพ์แก้วเจ้าอม.
- ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการดูแลและส่งต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และการแท้ที่ไม่ปลอดภัยเขตนครชัยบุรี. นครราชสีมา : อินดี้อาร์ต.

องค์การแพธและสำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ชีวิตมีลิขิเลือก : บริการ
บริการทางเลือกที่ดูนย์เพื่อได้ เพื่อช่วยเหลือผู้หญิงในภาวะวิกฤตท้องไม่พร้อม. กรุงเทพฯ :
บริษัท บูเลติน จำกัด.

World Health Organization. (2011). *Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes: among adolescents in developing countries*. [Online]. Retrieved October 10, 2014, from http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf?ua=1.



ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

The Relationship Between Social Support and Depression of the Elderly at a Village in Don Yai Hom Sub-District, Muang District, Nakhon Pathom Province*

สุปรานี แตงวงษ์**
ดร. วินส ลีฟากุล***
ร.ต.ท.ทัญง ดร. เจ้อจันทร์ วัฒกีเจริญ****

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 145 คน ของหมู่บ้านดอนยาย กับตัวอย่างที่ได้มาโดยการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบหักห้าม ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 75 คน และผู้ชาย 69 คน อายุเฉลี่ย 68.97 ± 8.25 ปี ภูมิลำเนาส่วนใหญ่เป็นชาวไทย 95% ศาสนาส่วนใหญ่เป็นคริสต์นิกาย 75% และอื่นๆ 25% อาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการค้าขายและแรงงาน 45% 其次是ผู้คนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 35% และผู้คนที่มีอาชีพอยู่ในส่วนราชการ 20% สถานะทางสังคมส่วนใหญ่เป็นผู้โสด 45% ผู้แต่งงาน 40% และผู้หย่าร้าง 15% ภูมิลำเนาส่วนใหญ่เป็นชาวไทย 95% ศาสนาส่วนใหญ่เป็นคริสต์นิกาย 75% และอื่นๆ 25% อาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการค้าขายและแรงงาน 45% 其次是ผู้คนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 35% และผู้คนที่มีอาชีพอยู่ในส่วนราชการ 20%

วิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย (หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับความ เชื่อมั่น .05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.62, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.89) ในเรื่องภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่วัยอยู่ 68.97 มีอาการณ์อยู่ในระดับปกติ รองลงมาวัยอยู่ 13.79 มีอาการณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติเล็กน้อย และมีเพียงวัยอยู่ 2.76 ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านลิงของ แด้นช้อมูลช่าวสารมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

* วิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสตีียน

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

*** รองศาสตราจารย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

**** อาจารย์ประจำ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

ที่ระดับ .01 ($r = .389$ และ $.125$) ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้ 1) ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุตรหลานให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว และชุมชนอย่างสม่ำเสมอ 2) ควรมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน พぶประสงค์กับเพื่อนในวัยเดียวกัน พูดคุยเพื่อเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ 3) ควรมีการสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับโรงพยาบาลส่งเสริม

สุภาพตำบล โดยให้บริการเชิงรุกกับผู้สูงอายุในชุมชน ให้ห้องมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสุภาพ มีการตรวจสอบประจำปีให้กับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ มีบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสุภาพอย่างทั่วถึง และ 4) ควรมีการวางแผนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับอายุและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างทั่วถึงในทุกๆ ด้าน และช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้

Abstract

This research is a descriptive research aimed to study the social support and depression of the elderly, and to analyze relationships between social support and depression of the elderly. The sample was composed 145 of the elderly at a village in Don Yai Hom Sub-District, Muang District, Nakhon Pathom Province. The sampling method for this research was purposive sampling. Questionnaires included demographic data, the depression of the elderly developed by Beck (1996) consists 26 items, and the social support of the elderly developed by Schaefer, et al. (1981) consisted five elements and 25 items. Data were analyzed by computer program using percentage, mean, standard deviation, and Pearson' s product moment correlation coefficient at statistically significant level at .05

The findings showed that overall of the social support of the elderly was

at moderate level ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.89), the depression of the elderly was normal range 68.97 %, was a slight deviation from normal 13.79 %, and was at high levels of depression 2.76 %, the relationship between social support and depression of the elderly found that the social support of the intangible item and information item at mild level of the variance at statistically significant level at .01 ($r = .389, .125$)

Therefore, the researcher suggested that both public and private agencies responsible for care the elderly action on the following: 1) should be supported and encourage person in their family to focus on the elderly, have the opportunity to participate in family activities and the community regularly, 2) should be established elderly clubs in the community so that the elderly can share activities and experiences, 3) should be supported and strengthened for the District Health Promotion Hospital by providing proactive

services to the elderly in the community, and 4) should be planned to organize activities that promote social support appropriate to the age and severity of

depression in elderly in the community to enable the elderly in the community to receive full social support and to reduce depression in the elderly and quality of life.

ความสำคัญของปัจจัยการวิจัย

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.30 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.70 และ 12.20 ใน พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 ตามลำดับ และปั่นสุด ที่ทำการสำรวจ คือ พ.ศ. 2557 พบร่วมมีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.90 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ทั้งนี้ตามการคาดการณ์ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) คาดว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 และในอีก 10 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2573 จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัวเป็นร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวซึ่งสังคมได้มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นลัตส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ถือว่าสังคมแห่งนี้ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) เมื่อสังคมประชารัฐ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 (รัตนเรือง เกรย์ และคณะ, 2556) จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุกล้ายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลที่มากขึ้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งด้านร่างกาย และทางด้านสังคม ทางด้านร่างกาย เนื่องด้วยความสูงวัย เป็นช่วงของการพัฒนาการในทางเลื่อนยอดหั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกระบบทรั่งกาย จะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติดลงพร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกัน ชนิดทำลายตนเองมากขึ้นทำให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสจะเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย และรุนแรงกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และยังมีอายุสูงขึ้นอัตราการเกิดโรคมากกว่าหนึ่งโรค

จะสูงมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทย ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 87 มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย สำหรับทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ ทางสังคมของผู้สูงอายุ จากการที่เคยมีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหาก้าวเดิมครัวเรือนผู้นำในการตัดสินใจภายในครอบครัว ต้องลดบทบาทมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาครอบครัว บทบาทในการช่วยเหลือกิจกรรมภายในครอบครัวลดลงต้องสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญ ไม่ให้ความเคารพผู้สูงอายุ ก่อปรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่มีระบบการแข่งขันสูง สมาชิกที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้จำนวนผู้ที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง มีเวลาให้ผู้สูงอายุน้อยลง ความล้มเหลวระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวลดลง ขาดการให้ความรักและความอบอุ่น ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้ห้อยโถดเดียว ดำเนินชีวิตตามลำพัง (บุษราคัม จิตอาเรย์, 2555) การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความสูงวัยดังกล่าวบันทึกเรื่องจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายใต้บุคคล และภายนอกบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว ถ้าสิ่งเร้าดังกล่าวอยู่ภายใต้บุคคลที่ผู้สูงอายุสามารถที่จะตอบสนองในทางบวกได้ผู้สูงอายุจะมีการแสดงพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าสภากาแฟเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีความรุนแรง คุกคามต่อตนเองสูง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทางลบไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ อาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่น มีความสามารถในการปรับตัว

หรือมีเครื่องข่ายสนับสนุนทางสังคม จะช่วยบรรเทาภาวะซึมเศร้าที่ไม่ให้รุนแรงและสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ส่วนบุคคลที่มีแนวโน้มมองโลกว่าลำบาก เต็มไปด้วยอุปสรรค อาจมีความยึดหยุ่นได้น้อยกว่า และมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (Roy and Roberts, 2007) จากรายงานข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย 3 ปี ของกรมสุขภาพจิตและสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2551-2553 พบว่าผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีคัดแหนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ซึ่งถือเป็นความประยะงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี เป็นคนที่ไม่มีความสุข ซึ่งอาจมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ เลี้ยงโทรศัพท์ หดหู่ เครัวห้อง ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากรับประทานอาหารซึ่งส่งผลต่อสุขภาพร่างกายด้วยประกอบกับการเผชิญภัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้รู้สึกไร้ค่า ว่าเหว่ ถูกทอดทิ้ง ส่งผลต่อความรู้สึกและจิตใจซึ่งผู้สูงอายุต้องปรับตัวมากmay ให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น สภาพการณ์เช่นนี้ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากผลการศึกษาสถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในประเทศไทยของวัลย์พรนันท์คุณวัฒน์ และคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุน่าจะมีภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน 15.6 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก โดยการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ หรือการที่ผู้สูงอายุจะเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอาจไม่ครอบคลุมทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพ อาจเป็นเหตุน้ำผู้สูงอายุไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุทำให้เกิดปัญหาหลายประการ รวมทั้งอัตราส่วนการพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากการลดลง 11.55 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นวัยลดลง 36.16 ในปี พ.ศ. 2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) ผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน คือ ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ

ความเปลี่ยนแปลงที่มากระทบต่อผู้สูงอายุเป็นเวลานานๆ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดอาการเศร้า (Sad) ภาวะซึมเศร้า (Depression) และในที่สุดเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หากไม่ได้รับการคัดกรอง หรือประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกก็อาจเกิดเรื้อรังจนเจ็บป่วยได้ ซึ่งการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและการช่วยเหลือย่อมต้องมากขึ้นและซับซ้อนมากขึ้น (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เคลยิกิตติ, 2557)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นตัวแปรด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล ถ้าหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุตรหลานมากพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ซึ่งมีความรักใคร่ อบอุ่น ผูกพันกันทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือจากคู่สมรส ครอบครัวจึงกล้ายเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทมากที่สุดในวัยสูงอายุ โดยธรรมชาติของบุคคลทุกช่วงวัยย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นและเมื่ออายุมากขึ้น ความต้องการการช่วยเหลือก็มีมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เหลืองศรีเวียร (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีภาวะซึมเศร้าลดลง หรือหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายและความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลง ประกอบกับการที่จะต้องเผชิญกับการคุกคามของโรคภัยไข้เจ็บและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งเหล่านี้ ย่อมก่อให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถลดความเครียดหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น และมีการปรับตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม

(Cohen & Will, 1985) จึงนับได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอันจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเชื่อถือต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคมไปได้ด้วยดี ซึ่งจะก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

จังหวัดนครปฐม เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว เช่น กัน กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2546 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 778,040 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 78,706 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ของประชากรทั้งหมด และใน พ.ศ. 2550 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 821,127 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 89,468 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) มหาวิทยาลัยคริสเตียนตั้งอยู่ใกล้กับชุมชนบ้านดอนขนาด ตำบลดอนนายายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีพันธกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชนรอบๆ มหาวิทยาลัย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรที่รับผิดชอบการเรียนการสอนทางด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงมีความสนใจปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านดอนขนาด ตำบลดอนนายายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เพื่อนำผลการวิจัยนี้มาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำนำการวิจัย

- การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนนายายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมอยู่ในระดับใด

- การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบล

ดอนนายายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนนายายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

- เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนนายายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานของการวิจัย

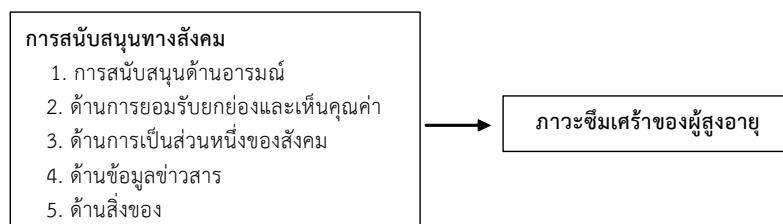
- การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนนายายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนนายายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al., 1981) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิงของ และใช้กรอบแนวคิดภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI : Beck Depression Inventory) ซึ่งเป็นแบบสอบถามความรู้สึกจำนวน 21 ข้อ เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้สูงอายุ โดย The Beck Depression Inventory (BDI) (Beck as cited in Beck, et al., 1979) นี้ได้รับการพัฒนาล่าสุดในปี 1996 โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมิน

อาการซึ่มเคร้า ตามเกณฑ์ DSM-IV ได้รับการเปลี่ยนเพื่อใช้ท้ายภาษา พบว่า มีค่าความตรงและความเชื่อมั่นที่ดี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

โดยแสดงเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัยดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนบ้านเดอนขนาด ตำบลอนนยาหอม จังหวัดนครปฐม โดยใช้ร้อยละ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดของชุมชนบ้านเดอนขนาด ตำบลอนนยาหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม (ข้อมูลจากเทศบาลตำบล ตำบลอนนยาหอม ปี 2559)

กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่เก็บข้อมูล
2. อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเดอนขนาดบ้านเดือนนยาหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
3. มีสติล้มปั๊บัญญา ตอบคำถามได้
4. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ การตอบสนองความต้องการ การได้รับกำลังใจ และการส่งเสริมดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมซึ่งสามารถวัดได้จาก

แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจาก เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefter, et al., 1981) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุน 5 ด้าน ดังนี้

1.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ ความผูกพัน การได้รับความไว้วางใจ ได้รับความจริงใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม ล้นใจให้เวลา การยอมรับ เคราะห์นับถือ ในความสามารถและพฤติกรรมการแสดงออก

1.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับความเคารพ ยกย่อง การยอมรับในความ สามารถและพฤติกรรมการแสดงออก และการเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ

1.3 การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อความรู้สึกว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม

1.4 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการแก้ปัญหา และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.5 การสนับสนุนด้านลิงของ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน ลิงของ เครื่องใช้และแรงงาน

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง การเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งที่ตอบสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือการวิลากหสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อกีดขั้น แล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่หมดความกระตือรือร้น เมื่อหน่ายลึกลงๆ รอบตัว แยกตัวเอง ชอบอยู่คนเดียว ทนแท้ บางครั้ง มีความรู้สึกลึ้นหงัว มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเอง ไว้ค่า เป็นภาระต่อกันอื่น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตราย จากการทำร้ายตนเองได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายใน ผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร เป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านดอนขนาด ตำบลดอนนายathom อ่าเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา จำกัดจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 145 คน ของหมู่บ้านดอนขนาด ตำบลดอนนายathom อ่าเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยการใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ ถูกเลือกจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่เก็บข้อมูล
2. อาศัยอยู่ในหมู่บ้านดอนขนาด ตำบล ดอนนายathom อ่าเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
3. มีสติสัมปชัญญะ ตอบคำถามได้
4. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของ

ครอบครัวต่อเดือน ความพอใจของรายได้ แหล่งที่มา ของรายได้ ความสามารถดูแลตนเองในกิจกรรมประจำวัน สภาพสังคม และโรคประจำตัว จำนวน 11 ข้อ

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และแบ่งเป็น คำถามอาการทางร่างกาย 6 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกมี ค่าคะแนนแตกต่างกัน คือ มีอาการเป็นประจำ (3 คะแนน) มีอาการบ่อยครั้ง (2 คะแนน) มีอาการ บางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยมีอาการ (0 คะแนน) การแปลผล ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งค่า คะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าตามคะแนนที่ได้ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

1-10 คะแนนมีอารมณ์ระดับปกติ (Normal range)

11-16 คะแนน อารมณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติเล็กน้อย (Mild mood disturbance)

17-20 คะแนน เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก (Borderline clinical depression)

21-30 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression)

31-40 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง (Severe depression)

41 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงสุด (Extreme depression)

3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) ซึ่ง ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 1) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน

5 ข้อ และด้านลิงของ จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การแปลความหมายของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

1.00-2.33 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับหน่อย

2.34-3.67 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

3.68-5.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพโดยการหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะชีมเคร้าของผู้สูงอายุและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิต 1 คน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะชีมเคร้าของผู้สูงอายุ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความชัดเจนตามเนื้อหาความเหมาะสมสมด้านภาษา และการเรียงลำดับข้อความตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปปักความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะชีมเคร้าของผู้สูงอายุและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับผู้สูงอายุในหมู่บ้านตากแಡด ตำบลดอนยาย อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม จำนวน 30 ราย เพื่อมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้นำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าว

มาทดสอบความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟารองครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบวัดภาวะชีมเคร้าของผู้สูงอายุได้ค่าเท่ากับ = 0.83 และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าเท่ากับ = 0.78

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยจะทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หันหน้ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากการกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้ในการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ขณะให้ข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบายจากภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์และให้การดูแลช่วยเหลือตามขอบเขตและมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลจนอาการดีขึ้น และประเมินความพึงพอใจและความสมควรในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นการเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสตเดียน

1.2 ทำหนังสือแนบท้ายขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสตเดียน ถึงองค์กรบริหารส่วนตำบลดอนยายหอมเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 คณและผู้วิจัยเข้าพบผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านดอนขนาด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านดอนขนาด ตำบลดอนนัยายหอม อําเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ได้รับความร่วมมือผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครหมู่บ้าน ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่ง เมื่อไปถึงผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุในการทำวิจัยครั้งนี้ หากมีข้อสงสัยในแบบสัมภาษณ์คณและผู้วิจัยทำการอธิบายเพิ่มเติม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละรายประมาณ 20 นาที และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวน 145 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาให้คัดแยกและประมวลผลนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลตลอดจนข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์สถิติ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชุมชนดอนขนาด ตำบลดอนนัยายหอม อําเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยใช้สถิติหาความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะชีวิตร้าเร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนนัยายหอม อําเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ระดับค่าความสัมพันธ์แบ่งได้ 5 ระดับ ดังนี้ (Munro, 2001)

.00 - .25	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับเล็กน้อย
.26 - .49	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับกำลัง
.50 - .69	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
.70 - .89	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
.90 - 1.00	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.10 มีสภาพสมรสเป็นคู่ รองลงมา r้อยละ 25.50 คือ สภาพสมรสหม้าย ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 80.70 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 7.60 และกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.80) ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมา r้อยละ 17.90 ประกอบอาชีพค้าขาย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.90

มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 10,000 บาท มีเพียงร้อยละ 12.40 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-7,000 บาท และความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.60 มีความเพียงพอของรายได้ และเหลือที่มากของรายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 81.40 มาจากเบี้ยยังชีพ รองลงมา r้อยละ 37.20 มาจากญาติ มีเพียงร้อยละ 0.70 ที่ไม่มีรายได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.80 สามารถดูแลตนเองในกิจกรรมในประจำวันได้

มีเพียงร้อยละ 2.10 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ในกิจกรรมประจำวันได้ สภาพสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ|r้อยละ 91.70 อยู่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีเพียงร้อยละ 0.60 ที่ไม่มีที่อยู่ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ|r้อยละ 66.20 มีโรคประจำตัว พบร่วมโรคประจำตัวอันดับแรกร้อยละ 50.30 คือ โรคความดันโลหิตสูง อันดับสองร้อยละ 23.40 คือ โรคเบาหวาน อันดับสามร้อยละ 9.00 คือ โรคหัวใจ อันดับสี่ร้อยละ 8.30 คือ โรคไขมันในเลือดสูง และอันดับที่ห้าร้อยละ 2.80 คือ โรคข้อเข่าเสื่อม

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.89) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของ การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ในด้านที่ 1 คือ

ด้านอารมณ์ พบร่วมค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านอารมณ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 1.04) ด้านที่ 2 คือด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 1.10) ด้านที่ 3 คือด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = 1.04) ด้านที่ 4 คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 1.22) และด้านที่ 5 คือ ด้านสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 1.08)

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ|r้อยละ 68.97 มีอารมณ์อยู่ในระดับปกติ รองลงมาอยู่ร้อยละ 13.79 มีอารมณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติเล็กน้อย และมีเพียงร้อยละ 2.7 ที่มีภาวะซึมเศร้า ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ความล้มเหลวระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (r)
ด้านข้อมูลข่าวสาร	-.125**
ด้านสิ่งของ	-.389**

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

จากการที่ 1 พบร่วม การสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งของมีความล้มเหลวทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.389$) เคร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.125$)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมี ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า

ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.125$)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยรวม ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่มี ความล้มเหลว กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

อภิปรายผลการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุ ในด้านที่ 1 คือ ด้านอารมณ์ พบร้า ค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่ 2 คือ ด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่าอยู่ในระดับมาก ด้านที่ 3 คือ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับมาก ด้านที่ 4 คือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่ 5 คือ ด้านสิ่งของ อยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน จะเห็นได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็น เพราะว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งอยู่ห่างจากตัวเมืองประมาณ 15 กิโลเมตร การเดินทางไม่ค่อยสะดวกมากห้าหากไม่มีพาหนะส่วนตัว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยพบโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก โรคเบาหวานเป็นอันดับสอง และโรคหัวใจ เป็นอันดับสาม ซึ่งโรคทั้งสามนี้เป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้มีการดำเนินชีวิตอย่างคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประเพณีศึกษา จึงทำให้ขาดโอกาสในการแลงหาความรู้ และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นวัยสูงอายุ ไม่สามารถเดินทางไปไหนได้โดยลำพัง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทาง จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง

ภาวะชีวิตร้ายช่วงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 68.97 มีอารมณ์อยู่ในระดับปกติ รองลงมาอ้อยละ 13.79 มีอารมณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติเล็กน้อย และมีเพียงร้อยละ 2.76 ที่มีภาวะชีวิตร้ายช่วงสูง ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว สิงแวดล้อมเป็น

สังคมชนบทที่มีเพื่อนบ้านอยู่ล้อมรอบ มีรายได้เพียงพอต่อการอยู่ชีพ และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเห็นคุณค่าในตนเอง จึงทำให้มีอารมณ์อยู่ในระดับปกติไม่เกิดภาวะชีวิตร้าย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะชีวิตร้ายช่วงอายุ

การศึกษาในครั้งนี้ พบร้า การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและด้านข้อมูล ข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะชีวิตร้ายช่วงอายุ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ทั้งด้านการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ และด้านข้อมูล ข่าวสารนั้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด จึงทำให้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะชีวิตร้ายของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เหลืองศรีเชียร์ (2550) ที่ศึกษาเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะชีวิตร้ายของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะชีวิตร้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูล ข่าวสาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ และร้อยละ 13.79 ของกลุ่มตัวอย่าง มีอารมณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติเล็กน้อย ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้

1. ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุตรหลานให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุได้ มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว และชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง และแสดงคุณภาพที่มีอยู่ในตนเองออกมาอย่างเต็มที่ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพ

ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

2. ควรมีการจัดตั้งชุมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน พับประลังสรรค์กับเพื่อนในวันเดียวกัน พูดคุยเพื่อเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

3. ควรมีการสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยให้บริการเชิงรุกกับผู้สูงอายุในชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพประจำปี ให้กับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ มีบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการต้านลุ蠢ภาพอย่างทั่วถึง

4. ควรมีการวางแผนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับอายุและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของครอบครัวผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ และโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมโดยการทำการวิจัยกึ่งทดลอง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2554). เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2559 , จาก <http://www.dmh.go.th/test/>.
- กาญจน์ กิริyanam. (2553). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันตนา เทลีองค์รีเทียร. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียนทรีโอล.
- ชลธิชา บุญศิริ. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียนทรีโอล.
- ช่อผกกา สุทธิพงษ์ และคณะ. (2555). 'ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตชุมชนเมือง'. *Journal of Nursing Science*. 30(1) : 28-39.
- ดุษฎี โยเหลา. (2558). การพัฒนาฐานแบบແລະກາລິກຂອງชຸມໜີເພື່ອການດູແລະບ້ອງກັນປັນຫາໂຄສົມເຕົວແລະໄຮຕົວທິກັກງົວໃນຜູ້ສູງອາຍຸ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยຄຣິນຄຣິນທຣິໂຣ.
- ทิพภารณ์ เกษตรสินธุ. (2551). ภาวะซึมเศร้าແລະອາຮມໝັ້ນໃນຜູ້ສູງອາຍຸ ອຳເກວດອກຄໍາໄຕ້ ຈັງຫວັດພະຍາ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตແລະຈິຕເວັບບັນດາວິທະຍາລັດ ມາຮວັດພະນັກງານ ພັດທະນາຖາວອນ ປະຊາທິປະໄຕ.

- เทศบาลตำบลดอนยายหอม. (2559). ข้อมูลเทศบาล. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ.2559, จาก <http://www.donyaihom.go.th/about/about03.php>.
- ชนิตา คุณวัฒน์. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชายในเรือนจำกลางบางชวาง. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยครินทร์วิโรฒ.
- นิตยา จัสรัสแสง และคณะ. (2555). "ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง". วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 57(4) : 439-446.
- บุญราดม จิตอาเรย์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเดียน.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาสูงอายุไทย. (2555). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2555. กรุงเทพฯ : บริษัทที่ค้าเพ็จำกัด.
- วรคринทร์ เกรย์ และคณะ. (2556). มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตติมา คุริโภราษัย. (2551). ผลของการทดลองใช้โปรแกรมการให้การบริการแนวปัญญา尼ยมตามทฤษฎีเบคเพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในคุนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุบ้านบางแಡ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคิลปศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัลยพร นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ. (2552). "สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ". วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 27(1) : 23-35.
- คิริอร สินธุ รสสุคนธ์ วาริทสกุล และอรุณน คุริยุกุตุชห. (2554). "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไฟทางช่องห้อง". Journal of Nursing Science. 29(Suppl2) : 84-92.
- คิริໄ ชย่างกูร. (2554). การเติร์ยมความพร้อมของครัวเรือนและชุมชนในการก้าวสู่สังคมชาวภาคของเทศบาลตำบลคลายา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สมใจ โชคินพันธุ์. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแಡ. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยครินทร์วิโรฒ.
- สุมนณา น้อยบุญ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาล. นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). การศึกษาผู้สูงอายุ เอกสารเผยแพร่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). จำนวนประชากรสูงอายุในจังหวัดนครปฐม. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2559 , จาก [\(2557\). จำนวนประชากรสูงอายุ. \[ออนไลน์\]. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2559, จาก <http://www.nso.go.th/gender/table/tab1.htm>.](http://www.nso.go.th/gender/table/tab1.htm)
- อาเนนท์ สีดาเพ็ง. (2552). สุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักและความลัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- Akiskal, H.S. (2000). Mood disorders : Historical introduction and conceptual overview. In B. J. Sadock & V.A. Sadock (Eds.), In Kaplan & Sadock's comprehensive text of psychiatry. (8th ed.). Philadephai : Lippincot William & Wilkins.

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of Mental disorders*. Washington,D.C. : American Psychiatric Association.
- Beck, D.A., & Koenig, H.G. (1996). "Minor depression: A review of the literature". *Internal Journal Psychiatry in Medicine*. 26(2) : 177-209.
- Koenig, H.G. (1998). "Depression in hospitalized older patients with cognitive Heart failure". *General Hospital psychiatry*. (20) : 29-43.
- Lehtinen ,V., Joukamaa, M. (1994). "Epidemiology of depression". *Acta Psychiatr Scand*. (89) 7-10.
- Lueckneotte, A.G. (1996). *Gerontological nursing*. St Louis: Mosby.
- Martin, G.A., Soler, S.R., Picarl., A.P.,& Casanovas, C.P. (2003). *Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness*. Medical Clinics (Bare). 120,370. [Online]. Retrieved April 26, 2005, from Pubmed database.
- Miller, C.A. (1999). *Nursing care of older adults theory and practice*. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott.
- Niti, M. (2007). "Depression and chronic medical illnesses in Asian older adult". *International Journal of Geriatric Psychiatry*. [Online]. retrieved July 10 , 2007, from CINAHL Pus with full text database.
- Oxman, T.E., & Hull, T.G. (1997). "Social Support depression and activities of daily living in older Heart surgery patients". *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*. (52) : 1-14.
- Sara, M., Patrik, M. and Jimmie, K. (2013). *Depressive symptoms among frail elderly in ordinary living : who is affected and who is Treated*. Malmo : Skane University Hospital.
- Schaefer, C., et al. (1981). "The Health-Related Functions of Social support". *Journal of Behavioral Medicine*. (4) : 381-405 .



**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและคุณภาพชีวิต
ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดนครปฐม***

**Factors Relating to Caregiving Burden and Quality of Life Amongst
Caregivers of Stroke Patients in Nakhon Pathom Province**

ดร. ศากุล ช่างไม้ **
อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์ ***
กุลประภัสสร คงคงประดิษฐ์ ****

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คีกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านสังคม กับภาวะในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง มาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 115 ราย เก็บข้อมูลขณะผู้ป่วยพักอาศัยตัวอยู่ในโรงพยาบาลติดภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะในการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามภาวะในการดูแลของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องและแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่า อีต้า

ผลการวิจัยพบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 0.99, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.62), ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 76.57, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.56) ภาวะในการดูแลด้านความตึงเครียดล้วนบุคคล ด้านความขัดแย้งในตนเอง และด้านความรู้สึกผิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $r=-0.36,-0.34$, และ -0.32 (ตามลำดับ) ส่วนด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

* วิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** อาจารย์ประจำ หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**** อาจารย์ประจำ หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ที่ระดับ 0.05 คือความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร (อีต้า=0.61) และปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือเขตที่อยู่อาศัยในชนบท (อีต้า=0.62, และ 0.55 ตามลำดับ)

จากการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรมีวิธีการในการส่งเสริมการเผชิญและจัดการภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และควรดำเนินการที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมไม่ให้มีภาระในการดูแลมากเกินไปหากอยู่ในเขตชนบท

Abstract

This research is a correlational correlations descriptive research aimed to study the caregiving burden and quality of life among caregivers of stroke patients, to study relationships between caregiving burden and quality of life and the relationships between selected factors including patient, caregiver, and social factors towards caregiving burden and quality of life among caregivers of the stroke patients. The sample group was one-hundred and fifteen family members or relatives who provided care to stroke patients and provided direct care for at least 1 month. Data were collected during the patients were admitted to the tertiary level hospital in Nakhon Pathom Province. Questionnaires included demographic data, factors relating to burden such as patient factors, caregiver factor and social factors, chronic illness caregiver burden, and quality of life instrument. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Pearson' s product moment correlation coefficient and Eta.

The findings showed that overall of the caregiving burden of the stroke

caregiver was at a low level ($\bar{x} = 0.99$, S.D. = 1.62), overall of quality of life was at a moderate level ($\bar{x} = 76.57$, S.D. = 9.56). The caregiving burden of personal strain, privacy conflict, and guilt had a negative relationship with quality of life among caregivers of the stroke patient at the mild level of the variance at statistically significant level at .05 ($r=-0.363,-0.349,-0.324$ respectively) while uncertain attitude had no relationship with quality of life. Caregiver factor having a statistically significant relationship with burden was caregiver's relationship with patient as children ($Eta=0.614$, p-value=0.003). Social factor having a statistically significant relationship with both burden and quality of life was living in rural location area ($Eta=0.626$, p-value=0.012 และ 0.556, p-value=0.034, respectively)

The results suggest that nurses should have methods to promote coping and management of family caregiving burden of stroke patients in order to promote good quality of life. Care should also be taken in the caregiver's and stroke patient's areas of living location to avoid over-burdening in rural areas.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่องค์กรอนามัยโลกให้คำจำกัดความว่าเป็นความบกพร่องทางระบบประสาท (Neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากความเปลี่ยนแปลงจากการไฟไหม้ของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Lawson and Gibbons, 2009) โดยแบ่งตามลักษณะการเกิดโรคได้ดังนี้คือ 1) จากการขาดเลือด หรือหลอดเลือดสมองอุดตัน และ 2) เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นแบบทันทัน ซึ่งภายหลังการเป็นโรคผู้ป่วยมักมีอาการต่างๆ ทางระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ครอบครัวผู้ป่วยซึ่งไม่ได้คาดคิดมาก่อนว่าจะต้องเผชิญปัญหาเหล่านี้ จึงมักปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและการต้องดูแลผู้ป่วยไม่ได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการชาหรืออ่อนแรงของแขนหรือขาครึ่งซึ่ง สับสน พุ่ມไม่ออก หรือไม่เข้าใจคำพูดเกิดปัญหาการมองเห็น มีอาการเรียบคีร่าย ปวดคีร่ายอย่างรุนแรงและเก็บพลันอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน (สุวพิริ จันทร์เจษฎา, 2547) มีอาการซึมลงและบางคนอาจหมดสติทันที ซึ่งการหมดสติเกิดจากสมองสูญเสียการทำงานไปมาก ในระยะ 18-24 ชั่วโมงแรกอาจเกิดภาวะสมองบวมได้ เนื่องจากเยื่อบนระหว่างหลอดเลือดและเนื้อสมอง (Blood brain barrier) สูญเสียหน้าที่ทำให้สารน้ำซึมออกมานอกในเนื้อสมอง จะทำให้เกิดสมองบวมมากขึ้น ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดภาวะเนื้อสมองเคลื่อน (Brain herniation) บริเวณสมองส่วนพอนต์ (Pont) และเมดัลลา (Medulla) ที่ควบคุมศูนย์หายใจถูกกด และในที่สุดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจนเสียชีวิตจากการหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (นัจ្នชา คงใจชื่อ, 2552)

ความบกพร่องทางด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพโดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพ

ที่เกิดในสมอง คือ ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองซีกซ้ายผิดปกติ จะมีแขนขาซีกขวาอ่อนแรง หรือเกิดอัมพาต มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติของ การสื่อสาร ได้แก่ การพูด การอ่าน และการเขียน (Mumma, 2000) ด้านจิตใจพบว่าจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้และการทำงานของส่วนต่างๆ ของร่างกายมีความบกพร่อง หรือสูญเสียการสั่งการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเสียดูนค่า และความเป็นตัวของตัวเอง ไม่เพียงการเจ็บป่วยที่มีผลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้น ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังเป็นภาวะวิกฤตหนึ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มีผลกระทบต่อห้องครอบครัวและตัวผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ได้แก่ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค กลัวความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่ หรือกลัวความตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยที่มีผลต่อครอบครัว ดังนั้นการดูแลในระยะเฉียบพลัน พยาบาลต้องคำนึงถึงญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยด้วย ซึ่งจำเป็นต้องรับทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลด้วย (กันยา อ้อยลี, 2549) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลือจนทำให้สูญเสียสมรรถภาพอย่างมาก

ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยที่น้ำนมรับภาระของผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแล ดังก้าล่าวจะดูแลกิจวัตรประจำวันและทำหน้าที่เป็นคนกลางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น หรือดูแลในการทำกิจกรรมทั่วไป ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตและใช้เวลาส่วนมากในการดูแลผู้ป่วย อาจรวมถึงเวลาส่วนตัวด้วย ผลกระทบดังก้าล่าวมักเกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ดีพอ ส่งผลให้รู้สึกเป็นทุกข์ใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล และหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือ ในที่สุดอาจเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมาและอาจ

ส่งผลกระทบต่อการพื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยด้วย (รุ่งนภา เอียวนะอ่า, 2552) ปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจึงอาจกล่าวเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลแลและอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ เพราะมีการศึกษาที่พบร่วมกันว่า การดูแลผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพชีวิตของตน (Tamayo et al., 2010) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วยได้แก่ระดับของการพึงพาตามลักษณะและความเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ภาวนี พรมบุตร นพวรรณ เปียชื่อ และสมนึก ศกุลวงศ์สถาณ, 2557) ปัจจัยด้านผู้ดูแลเช่นความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและอายุของผู้ดูแล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (กรณินา คงหอม ลุรีย์พร ชนกิลป์ และศรีพันธุ์ ลัสตีย์, 2548; ปรางาม สรนันทร์, 2550) ปัจจัยด้านสังคม คือจำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และเขตที่อยู่อาศัย (ทีปประพิน สุขเรียว, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย (กฤษณีย์ คงคำ ดวงใจ รัตนธัญญา และกีรดา ไกรนวัตร, 2558; Tamayo et al., 2010)

จากสถิติโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคกลาง ในปีงบประมาณ 2557, 2558, และ 2559 พบรู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประสาทหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) จำนวน 193, 216, 220 ราย ตามลำดับและ ประสาทโรคหลอดเลือดสมองดีบ จำนวน 752, 944, 1,161 ราย ตามลำดับ (ทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลนครปฐม, 2560) จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อป่วยเป็นโรคนี้แล้วได้รับการรักษาจน อาการดีขึ้นและกลับบ้านไปก็ยังพบว่าผู้ป่วยยังมีการกลับมาอีกด้วยการเป็นโรคเดิมซ้ำอีก หรือด้วยสาเหตุอื่น เช่นการติดเชื้อ และปัญหาทางหัวใจ

(Rao, Barrow, Vuik, Darzi, & Aylin, 2016) ทั้งนี้ผู้ป่วยหลายรายยังคงมีความพิการทางหลีอเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุความพิการที่สำคัญในประเทศไทย (Suwanwela, 2014) ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมาอีก คือผู้ที่มีอุปกรณ์สายไฟอาหารทางจมูกและครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว (นิชิมิ เลร์วิชสวัสดิ์ และคณะ, 2557)

ดังนี้หากหลังการป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke) ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวที่สามารถหรือมากกว่าหนึ่งคนแต่องค์ภายมาเป็น "ผู้ดูแลผู้ป่วย" ที่เรียกว่า "ญาติผู้ดูแล" ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเน้นที่การดูแลโดยญาติผู้ดูแลเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน จนทำให้ต้องกลับมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก ญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลเหล่านั้นอาจมีความต้องการที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ โดยพบว่าจากการศึกษาของพรษัย จุลเมตต์ และคณะ (Jullamate et al., 2006) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย และต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยจากผลการวิจัยพบว่าความต้องการหลักของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ ประกอบด้วย 1) การช่วยเหลือ (Assistance) เพื่อจัดการความสูงยากในการดูแลผู้ป่วย เช่น การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การลือสารกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความคิด ความจำ และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป 2) ข้อมูล (Information) ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลที่เหมาะสม เพราะผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองยังได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือเป็นข้อมูลที่ยังไม่ถูกต้อง ข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ การป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำอีก ผลที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ปัญหา การดูแล galivit ที่ช่วยในการมีกิจกรรมประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ

และการบริการที่สามารถเข้าถึงได้จากชุมชน และ 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือด้านการเงิน ทั้งนี้การสนับสนุนด้านเงินจะเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลได้รับจากคนในครอบครัวและชุมชนอยู่แล้ว เมื่อพิจารณาจากประเดิมความต้องการของญาติผู้ดูแลดังกล่าว เห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของชาวิท ทอดด์ และชาวิท (1986) ที่อธิบายว่าภาระการดูแลมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของตนเอง ต่องานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เน้นที่งานการดูแลที่ต้องจัดการจนทำให้เกิดความตึงเครียดและต้องการความช่วยเหลือ 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) เป็นเรื่องความรู้สึกที่ขัดแย้งในตนเองจากการทำงานทางผู้ดูแล 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในทางลบที่ผู้ป่วยต้องพึงพาผู้ดูแลและมีความคาดหวังเกิดขึ้น และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) เป็นความรู้สึกไม่มั่นคงในการดูแลผู้ป่วย ทั้งที่คิดว่าตนเองน่าจะดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่านี้หรือผู้อื่นควรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งความต้องการสนับสนุนจากญาติคือนั่น

ญาติและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเฉียบพลันของผู้ป่วย มีความกลัวว่าผู้ป่วยจะไม่หายจากโรคนี้และหากผู้ป่วยรอดชีวิตและกลับไปอยู่บ้าน ญาติและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต่างมีความวิตกกังวลว่าตนเองจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ หากกล้ายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแล้วจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร ผู้ดูแลคิดว่าตนเองไม่มีความรู้และความสามารถพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้และหากตนเองต้องมาอยู่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานอาจต้องสูญเสียงานที่ทำอยู่ประจำซึ่งทำให้ขาดรายได้ลง ล้ำพังตัวผู้ป่วยเองที่ไม่สามารถทำอะไรได้แล้วก็ขาดรายได้ไปส่วนหนึ่ง หากตนเองขาดรายได้อีกคนจะขาดรายได้ที่นำมายืนค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน บัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจึงเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแล

(Caregiver burden) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนั้นการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการภาระที่มากเกินไป รวมทั้งงานวิจัยยังพบด้วยว่า ภาระของการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ดูแลด้วย ทั้งนี้จากการศึกษาพบอย่างชัดเจนว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 194 คน คิดว่าภาระการดูแลมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพชีวิตของตน (Tamayo et al., 2010)

ดังนั้นจากการศึกษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษา ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้ช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาภาระในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านสังคม กับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามตัวแปร

ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบาก รู้สึกเกินกำลังจากสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ดูแลเนื่องจากการทำหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ใช้ประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความพิการต่างๆ ซึ่งมีผลการทดลองการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลของชาวีท ทอดต์ และชาวีท (1986) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิดาดุษฐี ทูลคิริรัชนี สรรวรรณ และ วรรณาตันต์ ลาวงศ์ (2554)

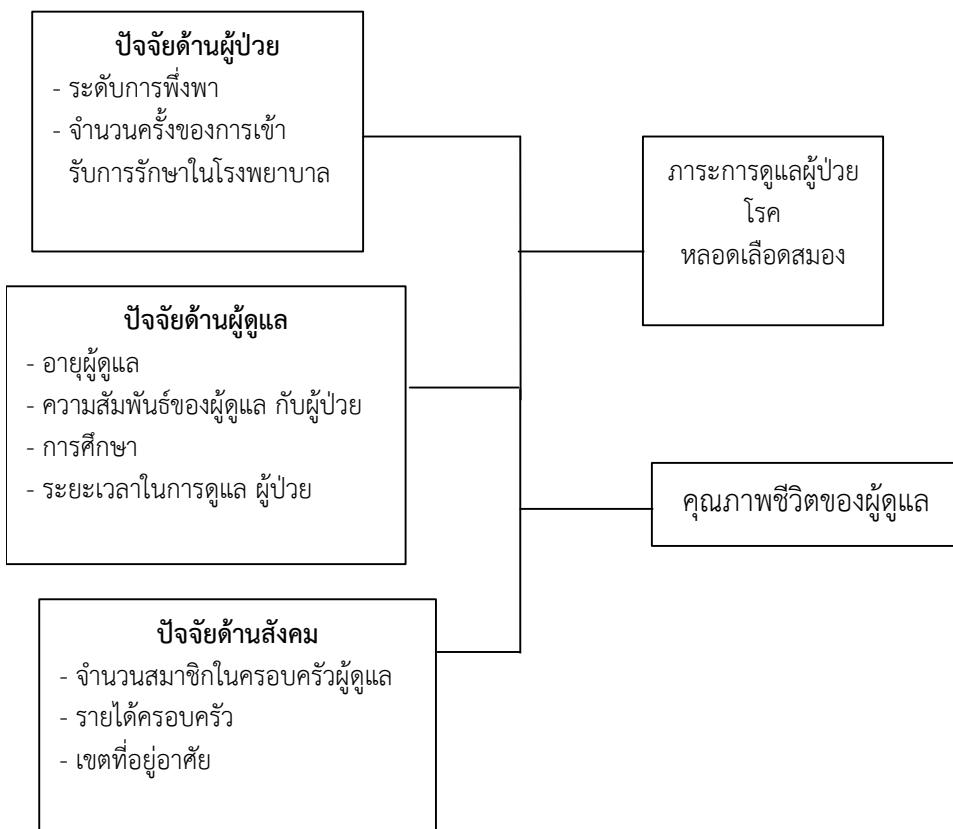
คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพากเพียร ด้านร่างกาย การรับรู้ความพากเพียรด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่อไป ความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสัมคมรับปัจจัย โดยวัดจากความสามารถในการทำงานที่ต่างๆ ของร่างกาย เจตคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ใน การวิจัยครั้งนี้ประเมินโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กร การอนามัยโลกาศ 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาโดยสุวรรณ์ มหัตโนรันดร์กุล และคณะ (2545)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลผู้ป่วย

หมายถึงปัจจัยที่มีส่วนกำหนดภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้าน ผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการพึ่งพาและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล รายได้ครอบครัวและเขตที่อยู่อาศัย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าว

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการศึกษาด้านค่าวาระนักเรียนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจ้อรังของ (1986) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) นอกจากนี้ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจึงขอเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัยที่มาจากการทบทวนวรรณกรรม บนพื้นฐานของการใช้แนวคิดภาระการดูแลของชาวีท (1986) ร่วมกับข้อค้นพบจากงานวิจัยต่างๆ ดังกล่าวมาในเบื้องต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วยคือระดับของการพึ่งพาซึ่งแสดงถึงระดับความเจ็บป่วยและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ดูแล คืออายุของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การศึกษา และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ปัจจัยด้านสังคมคือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และเขตที่อยู่อาศัย ภาระการดูแลของผู้ดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ป่วย ในจังหวัดนครปฐม ช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคล ในครอบครัวหรือญาติ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง หรือเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่เดิม และผู้ป่วยต้องมีระดับความแน่นความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำกว่าเท่ากับระดับปานกลางคือพื้นพื้นในระดับปานกลางถึงพื้นพื้นมากที่สุด และต้องเป็นผู้ที่ไม่มีโรคทางจิตภาพร่วมด้วย โดยเป็นบุคคลในครอบครัว

หรือญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งใช้เวลา กับผู้ป่วยมากที่สุด และให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Primary caregiver) ทั้งนี้ได้ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้มีประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวนโดยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) จากงานวิจัยของ Chan & Chui (2011) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพึงพาของผู้สูงอายุ กับภาระการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต พบร่วมมีค่าความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = 0.393$, $p-value <.001$) และจึงนำมาคำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่า power เท่ากับ 0.95 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (two-tailed) และจึงเบิดตารางของโคไซนจากค่า r ที่กำหนด (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

145 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยให้ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นผู้จับฉลากเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ภายหลังการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสมบูรณ์และสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 115 ชุด คิดเป็นร้อยละ 79.31 ในกรณีการนำเสนอผลการวิจัยจึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการนำเสนอเพียง 115 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ระดับของการพึ่งพา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ อายุ ความล้มเหลว ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยซึ่งเป็นข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) บุตร และ

2) สามี-ภรรยา 3) บิดา-มารดา) การศึกษา (แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และ 2) ระดับอนุปริญญาและปริญญาตรีขึ้นไป) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยด้านสังคม คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล รายได้ครอบครัว และเขตที่อยู่อาศัย (แบ่งเป็น เขตเมืองและเขตชนบท)

ทั้งนี้ระดับของการพึ่งพาของผู้ป่วยประเมินจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหีบ商品 การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่าย การปัสสาวะ การอาบน้ำ การลุกมาสู่ผู้ช่วย การเคลื่อนที่ภายใน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น เพื่อประเมินระดับของการพึ่งพาของผู้ป่วยที่เข้าถึงได้ทางออนไลน์ stroke2552.blogspot.com/2009/01/barthel-activity-of-daily-living-index.html โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนน ดังนี้

0-20	หมายถึง	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย และมีภาวะพึ่งพามากที่สุด
25-45	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อยและมีภาวะพึ่งพามาก
50-70	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลางและมีภาวะพึ่งพาปานกลาง
75-95	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากและมีภาวะพึ่งพาอยู่น้อย
100	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมดและไม่มีภาวะพึ่งพา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรือรัง (1986) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยชนบัญชีด้านสุขภาพ ทูลคิริ และคณะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เป็นประเด็นการณ์ความเครียด 4 ตัวที่ได้แก่ 1) ความตึงเครียด ส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอนซึ่งเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน การแปลผลการวัดภาระในการดูแล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-1.33 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 1.34-2.67 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 2.68-4.00 อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์กรอนามัยโลกที่แปลเป็นไทยโดย สุวรรณ์ มหาตันติรัตน์รุกุล และคณะ (2545) มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับให้เลือกตอบ และแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสตี้เยน และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ จึงดำเนินการเตรียมการเก็บข้อมูลโดยเสนอโครงการร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลระดับติดภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม จากนั้นมีการเก็บข้อมูลวิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลและการลงนามยินยอมให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 4 ห้องผู้ป่วย และห้องผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมจำนวน 7 ห้องผู้ป่วย ห้องผู้ป่วยคัลยกรรมจำนวน 4 ห้องผู้ป่วย และห้องผู้ป่วยพิเศษคัลยกรรมจำนวน 2 ห้องผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับภัยหลังรักษาสิ้นโครงการ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในห้องผู้ป่วยดังกล่าว โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด ทั้งนี้ช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลคือ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556 ถึง เมษายน พ.ศ. 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านสังคม ภาระในการดูแลของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ด้านความขัดแย้งในตนเอง ด้านความรู้สึกผิด และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านสังคม ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการหาค่า Eta

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีอายุ 41 -50 ปี จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.5 โดยเฉลี่ยอายุ 42.30 ปี (S.D. = 13.91) เป็นเพศหญิงจำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.9 เพศชายจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.1 ส่วนมากจบประถมศึกษาจำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.4 รองลงมาคืออัชั้มมัธยมศึกษาจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.3 มีอาชีพรับจ้างจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.0 ไม่ได้ทำงานจำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.6 สถานภาพสมรสคู่จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.3 รองลงมาคือสถานภาพโสดจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ไม่เกิน 10,000 บาท จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.8 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรจำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.70 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงเวลา 1-12 เดือน มากที่สุดเป็นจำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.0 โดยเฉลี่ยดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 2.47 เดือน

($\bar{X} = 2.47$, S.D. = 2.63) ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องค่าใช้จ่ายจากบุตรและคนในครอบครัวจำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.7 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่ 5 คนมีจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 27 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติภาระประจำวันได้เลย และมีภาวะพึงพามากที่สุด จำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.6 และจำนวนครึ่งที่เข้านอนโรงพยาบาลมากที่สุดคือ 2 ครั้ง จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.5 สำหรับการได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรในโรงพยาบาลคือพยาบาลและแพทย์มากที่สุดจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.2 ส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 115$)

ภาระในการดูแล	\bar{X}	S.D.	ระดับภาระในการดูแล
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	0.76	0.65	น้อย
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	0.81	0.56	น้อย
ด้านความรู้สึกผิด	1.58	0.84	ปานกลาง
ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	0.97	0.75	น้อย
คะแนนรวม	0.99	0.62	น้อย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ ($\bar{X} = 76.57$, S.D. = 9.56) เมื่อพิจารณาแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตพบว่ามีคุณภาพชีวิตกลางๆ ทั้ง 4 ด้าน (ตารางที่ 2) ซึ่งไม่สามารถเทียบเคียงคะแนนได้ว่าด้านใดดีที่สุด เพราะค่า

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 0.99$, S.D. = 0.62) ส่วนคะแนนเฉลี่ยรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย มีเพียงด้านความรู้สึกผิดที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.58$, S.D. = 0.84)

คะแนนเต็มไม่เท่ากันแต่เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 115 ราย พบร่วงส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตกลางๆ (ร้อยละ 93.90) มีเพียง 3 รายที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และมีเพียง 4 ราย ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 115$)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับการเมืองภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย	20.85	3.25	คุณภาพชีวิตกลางๆ
ด้านจิตใจ	19.63	3.38	คุณภาพชีวิตกลางๆ
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.27	1.77	คุณภาพชีวิตกลางๆ
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.80	4.18	คุณภาพชีวิตกลางๆ
คะแนนโดยรวม	76.57	9.56	คุณภาพชีวิตกลางๆ

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 115$)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
26-60 คะแนน	3	2.60	แสดงถึงการเมืองภาพชีวิตที่ไม่มีดี
61-95 คะแนน	108	93.90	แสดงถึงการเมืองภาพชีวิตกลางๆ
96-130 คะแนน	4	3.50	แสดงถึงการเมืองภาพชีวิตที่ดี
รวม	115	100	

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ด้านความขัดแย้งในตนเอง ด้านความรู้สึกผิด และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าภาระในการดูแลด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ด้านความขัดแย้งในตนเอง ด้านความรู้สึกผิดมีความสัมพันธ์แบบบวกผันในระดับต่ำ

กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งสามด้านนี้สูงจะมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระดับต่ำ แต่ภาระการดูแลด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p\text{-value} = 0.086$) อย่างไรก็ตามภาระในการดูแลโดยรวมมีความสัมพันธ์แบบบวกผันในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n=115$)

ภาระในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	$p\text{-value}$
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกผิด	- 0.324*	0.000
ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	- 0.161	0.086
รวมทุกด้าน	- 0.385*	0.000

* $p\text{-value} < 0.05$

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านสังคมกับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการวิจัยครั้งนี้เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล และด้านสังคมกับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (*r*) ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านสังคมกับภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (*n*=115)

	ภาระในการดูแล (<i>r</i>)	p-value	คุณภาพชีวิต (<i>r</i>)	p-value
ปัจจัยด้านผู้ป่วย : จำนวนครั้งที่นอน รพ. ภาวะพึงพา	- 0.028 - 0.129	0.767 0.169	0.092 0.165	0.326 0.078
ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย อายุผู้ดูแล	- 0.024 - 0.013	0.802 0.894	0.162 0.164	0.084 0.080
ปัจจัยด้านสังคม : จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัว	- 0.014 - 0.112	0.883 0.234	0.053 0.148	0.576 0.113

ตารางที่ 6 แสดงค่าความสัมพันธ์ Eta ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านสังคมกับภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (*n*=115)

	ภาระในการดูแล (Eta)	p-value	คุณภาพชีวิต (Eta)	p-value
ปัจจัยด้านผู้ดูแล : ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: บุตร ระดับการศึกษา	0.614*	0.003	0.534	0.058
ปัจจัยด้านสังคม : เขตที่อยู่อาศัย: ชนบท	0.730 0.626*	0.111 0.012	0.578 0.556*	0.248 0.034

*p-value <0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกด้านมีค่าอยู่ในระดับหน่อย ยกเว้นด้านความรู้สึกผิด ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 55.70) ซึ่งได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเต็มที่ แต่จากการวิจัยก็พบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความรู้สึกผิดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งให้เหตุผลว่าบางครั้งรู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี เพราะความสามารถ มีจำกัดและบางครั้งรู้สึกเหนื่อย สอดคล้องกับการศึกษาของพราวนาม สวนจันทร์ (2550) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งรู้สึกเหนื่อยและห้อแท้กับบทบาทผู้ดูแล นอก จากนี้การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปก็จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆทุกด้าน ทั้งนี้เป็นเพราะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรับผิดชอบสำคัญในฐานะสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ก็จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ด้วย นอกจากนั้น ใน การช่วยพื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลต้องดูแลกิจวัตรประจำวันและทำหน้าที่เป็นคนกลางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น หรือดูแลในการทำกิจกรรมทั่วไป ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตและใช้เวลาส่วนมากในการดูแลผู้ป่วย อาจรวมถึงเวลาส่วนตัวด้วย ส่งผลให้รู้สึกเป็นทุกข์ใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล และหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือ อาจเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา และอาจส่งผลกระทบต่อการพื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยด้วย (รุ่งนภา เขียวชาอ่า, 2552)

สมมติฐานที่ 1 ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผลการวิจัย พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความดึงเครียดส่วนบุคคล ด้านความขัดแย้งในตนเอง ด้านความรู้สึกผิด และภาระการดูแลโดยรวมมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.363, -0.349, -0.324$ และ -0.385) มีเพียงด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรับผิดชอบที่สำคัญ เมื่อมีภาระในการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้น ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ เพราะผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนทำให้เกิดความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทามาโยและคณะ (Tamayo, et al., 2010) ที่พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เพราะภาระการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้จากการศึกษาของcameล, บอนด์ และฟโรลิเชอร์ (Kamel, Bond, and Froelicher, 2012) ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเด่นพบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตใจของผู้ดูแลซึ่งกล้ายืนเป็นภาวะซึมเศร้า รวมทั้งสนับสนุนการศึกษาของพรษัย จุลามัตต์ และคณะ (Jullamate, et al., 2006) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นบุตรสาว และต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีความต้องการการช่วยเหลือเพื่อจัดการความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลที่เหมาะสม และต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้วย

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลได้แก่ ความล้มพ้นของผู้ดูแลกับผู้ป่วยในฐานะบุตร มีความล้มพ้นธันท์กับภาระในการดูแล ($Eta=0.614$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ที่อยู่อาศัยเขตชนบท มีความล้มพ้นธันท์กับภาระในการดูแล ($Eta=0.626$) และมีความล้มพ้นธันท์กับคุณภาพชีวิต ($Eta=0.556$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความล้มพ้นของผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับภาระ การดูแล การวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรชั้น มีความโกรธชิดกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พรางาม สรวงจันทร์ (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีบุตรเป็นผู้ดูแล สอดคล้องกับที่ยุพพิน พิริโพธิ์งาม (2539) กล่าวว่า ในสังคมไทยบุตรต้องดูแลเพื่อแม่ การละเลยเพิกเฉยหน้าที่ความรับผิดชอบจะถูกสังคมตำหนิ ได้และล้มพ้นสภาพในครอบครัวนั้นหากสามารถดำเนิน ครอบครัวมีความล้มพ้นธันท์กับผู้ป่วยดี จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก

ส่วนที่อยู่อาศัยในเขตชนบท มีความล้มพ้น ธันท์ กับภาระในการดูแล และมีความล้มพ้นธันท์กับคุณภาพ ชีวิต เพราการอยู่ในเขตชนบททำให้มีความลำบากในการติดต่อและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ การบริการสุขภาพ หรือการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Martyns-Yellowe (1992 อ้างถึงในที่ป ประพิไล สุนเชียง, 2543) ที่พบว่าเขตที่อยู่อาศัยของผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง นี้เกี่ยวข้องกับระยะทางและการเดินทางไปรับการรักษา อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีภาระน้อย กว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่ในเขตเมือง เนื่องจากระยะทาง ระหว่างโรงพยาบาล หรือคุณย์บริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง

และโรงพยาบาลหรือคุณย์บริการสุขภาพตั้งอยู่ในเมือง จึงทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทางไปรับ ยาหรือไปตรวจ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- พยาบาลวิชาชีพระดับชุมชนควรให้ความสำคัญต่อผู้ดูแลที่อยู่อาศัยในเขตชนบทเพื่อช่วยส่งเสริม การแข็งแกร่งและจัดการภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- พยาบาลวิชาชีพควรส่งเสริมการแข็งแกร่งและจัดการภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ด้านความขัดแย้ง ในตนเอง และด้านความรู้สึกผิด เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

- พยาบาลวิชาชีพควรส่งเสริมการพัฒนา แหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เป็นแหล่งเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะในระยะการฟื้นฟูสภาพได้

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

- ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาวิธีการในการส่งเสริมการแข็งแกร่งและจัดการภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ของญาติผู้ดูแล

- แนะนำการทำการวิจัยเพื่อพัฒนาแหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลโดยเฉพาะใน ระยะฟื้นฟูสภาพ

เอกสารอ้างอิง

- บรรณานิภา คงหอม ลู่รีย์พร ชนกิลป์ และศรีพันธุ์ สาสัตย์. (2548). "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง". วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 17(3) : 61-74.
- กฤษณะนีย์ คอมข้า ดาวใจ รัตนธัญญา และ กีรดา ไกรนวัตร. (2558). "ปัจจัยที่นำพาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง". วารสารพยาบาลทั่วไป. 16(2) : 114-122.
- กันยา อ้อคลี. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราษฎรเชียงใหม่.
- วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการแพทย์บัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์ผู้ป่วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศรี รัชนา สรวลรัตน์ และ วรรณัตน์ ลาวงศ์. (2554). "การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง". วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 4(1) : 62-75.
- ทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลนครปฐม. (2560). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2557-2559. โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการแพทย์บัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐชนยา คงใจซื่อ. (2552). การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิชชิมา เลิรีชัยสวัสดิ์และคณะ. (2557). "คุณภาพปัจจัยสืบสานการกลับมาปกติของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน". วารสารพยาบาลสาขาวิชาสุขภาพ 28(3) : 30-40.
- พราวงาม สาจนันทร์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างเคราะห์ฐานะ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและกิจกรรมการดูแล กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการแพทย์บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยลักษณ์.
- ภาวนี พรมบุตร นพวรรณ เปี่ยมชื่อ และสมนึก ศกุลแหงษ์โสภณ. (2557). "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน". วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร. 20(1) : 82-96.
- อุพาริน ศิริโพธิ์งาม. (2539). "ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการริบัติ". วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร. 2(1) : 84-93.
- รุ่งนภา เอีย祚ะอ่า. (2552). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเชิงปัญหา ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศรีสะเกษ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวพีร์ จันทรเจษฎา. (2547). ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหาตันรันดร์กุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ. 2545.

- อ้อฤทธิ์ ชนะคำมา. (2553). ประสบการณ์การดูแลและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ไข้ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน.
- Chan, C.L.F. and Chui, E.W.T. (2011). "Association between cultural factors and the caregiving burden for Chinese spousal caregivers of frail elderly in Hong Kong". *Aging & mental health*. 15(4) : 500–509.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Psychology Press.
- Jullamate, P., Azeredo, Z., Paul, C., and Subgranon, R. (2006). "Thai stroke patient caregivers: who they are and what they need". *Cerebrovascular diseases*. 21(1-2) : 128–133.
- Kamel, A.A., Bond, A.E., and Froelicher, E.S. (2012). "Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke". *International journal of nursing practice*. 18(2) : 147–154.
- Lawson, C. and Gibbons, D. (2009). "Acute stroke management in emergency departments". *Emergency Nurse*. 17(5) : 30–34.
- Mumma, C. M. (2000). "Perceived losses following stroke". *Rehabilitation Nursing*. 25(2) : 192–195.
- Rao, A., Barrow, E., Vuik, S., Darzi, A. and Aylin, P. (2016). "Systematic review of hospital readmissions in stroke patients". *Stroke research and treatment*. [Online]. (article ID 9325368) retrieved 15 June 2016, from <http://dx.doi.org/10.1155/2016/9325368>.
- Suwanwela, N.C. (2014). "Stroke epidemiology in Thailand". *Journal of stroke*. 16(1) : 1–7. Retrieved 15 June 2016 from <http://dx.doi.org/10.5853/jos.2014.16.1.1>.
- Tamayo, G. J., et al., (2010). Caring for the Caregiver: Journal Club Article. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), E50–E57.
- Zarit, S.H., Todd, P.A. & Zarit, J.H. (1986). "Subjective burden of husbands and wives as caregivers : A longitudinal study". *Gerontologist*. 26(3) : 260–266.



การวางแผนจำหน่ายเรื่องการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

Discharge Planning for Educating Parents to Care for Children with Pneumonia to Prevent Recurrence

พิพัลย์ ชีรลิโวจัน*

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อระบบท่างเดินหายใจ ที่ทำให้หลอดลมฝอยส่วนปลายสุดและถุงลมปอดเกิดหนอง อาจเกิดได้ทั้งจากไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา โรคปอดอักเสบที่พบบ่อยในเด็ก โรคปอดอักเสบ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จากอาการ ไอ หายใจเร็ว หายใจลำบาก พังเสียงปอด ได้ยินเสียงกรอบเกรบ เขียวปลายมือปลายเท้าที่เป็นอาการแสดงของการขาดออกซิเจน พ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบต้องรับ

ภาระทั้งด้านค่าใช้จ่าย และต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเด็ก ขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายที่เน้นการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบถือเป็นการปฏิบัติการที่สำคัญด้วยวิธีการให้ความรู้เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และโดยการใช้สื่อสารรณรงค์ การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคและการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายให้เก่าพ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยได้ด้วย

Abstract

Pneumonia is an inflammatory condition of the lung affecting primarily the microscopic air sacs known as alveoli usually caused by infection with viruses, bacteria, fungus, and aspiration. Pneumonia is a cause of death in children under 5 from fever, cough, and fast or difficult breathing with crepitus,

as well as blue-tinged skin presenting a sign of hypoxia. Taking care of children with pneumonia brings about a great burden for the parents. Not only financial burden, the parents have to take time off from working in order to be with the children when the children are hospitalized. Discharge plan focusing on

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เทียน

health education program with specific skills training for the parents is considered an important intervention that can be provided to an individual, group, and

through public media. Effective discharge plan could prevent recurrence of pneumonia and readmission, as well as could decrease financial burden of the parents.

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในเด็ก ข้อมูลจากการอนามัยโลกพบว่าปอดอักเสบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มากเป็นอันดับหนึ่งของเด็กทั่วโลก สาเหตุการตายจากโรคปอดอักเสบในเด็กคิดเป็นร้อยละ 18 หรือมากกว่า 1.1 ล้านคนต่อปี (WHO, 2013) ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต่อแสนประชากร จำนวน 180,892 ราย เสียชีวิต 1,074 ราย และในกลุ่มที่พบมากที่สุดคือ อายุ 0-4 ปี พบร้อยละ 41.25 โรคปอดอักเสบจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเด็ก (วัชรี แก้วนอกเข้า, 2555) ผลการศึกษาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 โดยจากข้อมูลจากสำนักงานbadวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2556 พบว่า สาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของเด็กไทยคือ โรคปอดอักเสบ ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลัก 2 กลุ่ม คือปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ และปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ และโดยทั่วไปพบปอดอักเสบจากการติดเชื้อมากกว่า (สำนักงานbadวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากสถิติของหอผู้ป่วยตีกมทิตรากีเบค 9 พบผู้ป่วยเด็กที่กลับมาเรียซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบปี 2553 คิดเป็นร้อยละ 2.3 และในปี 2554 ร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมาเรียซ้ำพบว่าเกิดจากผู้ดูแลขาดความรู้และปฏิบัติไม่ถูกต้อง ขาดทักษะในการดูแลเด็ก ทำให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนตามมา ในรายที่รุนแรงมากอาจเกิดภาวะน้ำหนักหอบนองในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ ซึ่งต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพงในการรักษารวมทั้งการต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ล่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้ต้องขาดรายได้จากการหยุดงานเพื่อมาดูแลเด็กที่โรงพยาบาล (นิภาพร หลีกฤต และสุวินี วิวัฒนาพาณิช, 2557) และพุทธิกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ของมารดาเด็กโรคปอดอักเสบมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกลับเป็น恢复正常ของโรคปอดอักเสบโดยที่มีการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรไม่ถูกต้องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคปอดอักเสบเป็น 2.46 เท่า (จีรา ชุมจันทร์, 2551)

โรคปอดอักเสบในเด็ก

ปอดอักเสบ เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อทำให้เนื้อปอดชั้นในสูดอักเสบ และทำให้หลอดลมฝอยส่วนปลายสูดและถุงลมปอดเต็มไปด้วย exudates เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ นับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Sectish & Prober, in Behrman, Kliegmon & Jenson, Eds., 2004 อ้างใน พรพิพพ์ คิริบูรณ์ พิพัฒนา, 2555)

ชนิดของปอดอักเสบ

การแบ่งชนิดของปอดอักเสบสามารถจำแนกได้หลายแบบดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะทางกายภาพ

- 1.1 Lobar pneumonia
- 1.2 Bronchopneumonia
- 1.3 Interstitial pneumonia

2. แบ่งตามแหล่งรับโรค

- 2.1 ปอดอักเสบเฉียบพลันที่เป็นมาจากบ้าน (Community acquired pneumonia) หมายถึง ผู้ป่วยที่แข็งแรงดีมาก่อนและเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อภายนอกโรงพยาบาล
- 2.2 ปอดอักเสบเฉียบพลันที่เป็นในโรงพยาบาล (Nosocomial pneumonia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี infiltration ในปอดที่มีลักษณะเหมือน bacterial pneumonia ซึ่งเกิดขึ้นใหม่หลัง 1 สัปดาห์ของการรับวิธีรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบที่พบบ่อยตามกลุ่มอายุ

อายุ	เชื้อที่เป็นสาเหตุได้บ่อย
แรกเกิด – 3 เดือน	ส่วนใหญ่เป็นเชื้อบคท.ที่เรียกว่า Escherichia coli, Streptococcus Pneumonia, Staphylococcus aureus, group B. streptococcus อาจเป็นไวรัส หรือ Chlamydia trachomatis
3 เดือน – 5 ปี	Respiratory syncytial virus, Streptococcus pneumoniae และ Haemophilus influenza
มากกว่า 5 ปี	ส่วนใหญ่เป็น Mycoplasma pneumoniae, Streptococcus Pneumonia อาจพบ Respiratory syncytial virus หรือ Chlamydia pneumoniae

ที่มา: <http://www.boe.moph.go.th/fact/Pneumonia.htm.>)

ตารางที่ 2 เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบที่พบบ่อยตามสภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อม	เชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้บ่อย
ปอดอักเสบในชุมชน	Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenza
ปอดอักเสบในโรงพยาบาล	Mycoplasma pneumoniae, Legionella spp.
ระยะแรก (อยู่ในโรงพยาบาล 2-5 วัน)	Methicillin-sensitive Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Klebsiella spp.
ปอดอักเสบในโรงพยาบาล ระยะหลัง (อยู่ในโรงพยาบาล > 5 วัน)	Enterobacter spp. Escherichia coli, Proteus spp. Serratia marcescens
	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp, Enterobacter spp.

ที่มา: <http://www.boe.moph.go.th/fact/Pneumonia.htm>.

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคปอด อักเสบในเด็กต่ากว่า 5 ปี แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวเด็ก และปัจจัยภายนอกตัวเด็ก (จีรา ชุมจันทร์, 2550) ได้แก่

1. ปัจจัยภายในตัวเด็กปัจจัยภายในตัวเด็ก ที่สำคัญจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีววิทยาและ สุริวิทยา ได้แก่ อายุ น้ำหนักแรกเกิด ระบบภูมิคุ้มกัน ของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และความพิการแต่ กำเนิด

2. ปัจจัยภายนอกในตัวเด็กปัจจัยเสี่ยง ภายนอกที่ส่งเสริมให้เด็กเกิดโรคปอดอักเสบได้ง่าย นอกจากตัวเชื้อแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง การเลี้ยงดู ขณะเด็กป่วย การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค การไม่ ได้รับนมแม่ การให้เด็กสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรค ระบบหายใจ คันนูหรือ คันนไฟ อาการหน้า

อาการและอาการแสดง

ไข้ ไอ หายใจเร็วอาจมีอาการหอบ หายใจ ลำบาก มี Chest retraction, Nasal flaring หรือ

อาการอื่นๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลว พังเสียงปอด อาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Tine or medium crepitations) อาจได้ยินเสียง Rhonchi ร่วมด้วย ในกรณีที่พยาธิสภาพเป็นแบบ Consolidation อาจได้ยินเสียง Bronchial breath sound มีอาการแสดงอื่นๆ ที่ไม่จำเพาะ เช่น มีน้ำมูก เลี้ยงแหบ ปวดทู ต้ออักเสบปวดท้อง ห้องอีด อาเจียน ซึมโดย เนพะเด็กเล็ก ส่วนเด็กโตอาจมีอาการที่ร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกหรือบวณชัยໂคงซำงได้ข้างหนึ่งสัมพันธ์ กับการหายใจเข้าออก (สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร และคณะ, 2557)

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดบวมในเด็กมีดังนี้

- ระยะแรกโดยเฉพาะสาเหตุจากเชื้อ แบคทีเรียที่พบ ได้แก่ Parapneumonic effusion, empyema, Lung abscess, pulmonary gangrene, Necrotizing pneumonia, และ Respiratory distress syndrome (ARDS) โดยผู้ป่วยที่มีไข้เป็นระยะเวลานานร่วมกับน้ำหนืดของ

ในโรงเรือนที่สูบปอด ควรได้รับการใส่ถ่ายยาหน้าหรือหนอน

2. ระยะหลัง ที่พบ ได้แก่ โรคหลอดลมโป่งพอง (bronchochiectosis), interstitial lung disease และ bronchiolitis obliterans ในกรณีของ M.pneumonia

การวินิจฉัย

1. จากการชักประวัติ เด็กมีอาการ ไอ ไอ

หายใจเร็ว หายใจมีปีกมูกบาน เอี้ยวปลายมือปลายเท้า

2. ตรวจร่างกายจะพบว่า มีไข้ อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติตามอายุตามเกณฑ์ขององค์กรอนามัยโลก (ตารางที่ 3) พังเสียงปอดมากได้ยินเสียง fine หรือ Medium crepitation ในกรณีที่เนื้อปอดมีพวยขึ้นสภาพแบบ Consolidation จะได้ยินเสียง Bronchial Breath sound หรือเคาะทึบ

ตารางที่ 3 อัตราการหายใจปกติตามเกณฑ์ขององค์กรอนามัยโลก

อายุ	อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)
แรกเกิด - 2 เดือน	60
2 เดือน - 1 ปี	50
1 - 5 ปี	40
มากกว่า 5 ปี	20

ที่มา: (สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร และคณะ, 2557)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจ Complete Blood Count (CBC) จำนวนเม็ดเลือดขาวสูงถึง 15,000–20,000 /mm³

- 3.2 การตรวจ Acute phase reactants เช่น Erythrocyte sedimentation rate (ESR) และ C-reactive protein (CRP)

3.3 ภาพรังสีทรวงอก ช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน ในรายที่มีน้ำใจในการวินิจฉัยแล้วไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีทรวงอก นอกจากต้องการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบหรือไม่ (สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร และคณะ, 2557)

4. การย้อมเสมหะ (Sputum หรือ nasopharyngeal aspiration) Gram stain เป็นวิธีที่มีความไว (Sensitive) แต่ไม่จำเพาะ (Specific)

ต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาจเป็นแนวทางคร่าวๆ ถึงเชื้อก่อโรค การตรวจเลםเหลวเชื้อ มีความไวและความจำเพาะต่ำ

5. การเพาะเชื้อจากเลือด (Hemoculture) ควรทำเฉพาะรายที่เป็นรุนแรง เชื้อที่มักก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้แก่ Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenza (<http://www.boe.moph.go.th/fact/Pneumonia.htm>)

การป้องกัน

การป้องกันมีดังนี้ (สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร และคณะ, 2557)

1. หลีกเลี่ยงการติดต่อ
 - 1.1 เด็กเล็ก โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี ไม่ควรคลุกคลีกับผู้ป่วยทุกชนิด

1.2 เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ไม่แนะนำให้ฝึกเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยงเด็ก

1.3 ไม่ควรพาเด็กไปโรงพยาบาล คุณย์การค้า

1.4 ฝึกหัดให้เด็กล้างมือบ่อยๆ

1.5 เมื่อเด็กเป็นหวัด ควรแนะนำเด็กไม่ให้แพร่เชื้อโดยปิดปากและจมูกเวลาออกจากบ้านหรือการเดินทางที่ชุมชนและเมืองที่มีคนมากควรพักอยู่ที่บ้าน 2-3 วัน

2. วัคซีนป้องกันโรค

2.1 RSV vaccine กำลังอยู่ในขั้นพัฒนา

2.2 Influenza vaccine (วัคซีนเข็มหัวดูดใหญ่) แนะนำให้ฉีดได้ตั้งแต่อายุ 6 เดือน และฉีดกระตุ้นทุกปี

2.3 H. influenza type b vaccine (Hib vaccine) เป็นวัคซีนชนิด conjugate polysaccharide ใช้ได้ผลดี สามารถป้องกัน invasive infection และลด nasopharyngeal carriage ได้

2.4 Pneumococcal vaccine มี 2 ชนิด

2.4.1 วัคซีนชนิดโพลีแซคคาไรด์ รวม 23 serotypes

2.4.2 วัคซีนชนิดคอลนจูเกตโพลีแซคคาไรด์

การรักษา

1. การรักษาจำเพาะ ในรายที่เป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส ไม่มียา.rักษาที่จำเพาะควรให้การรักษาแบบประคับประคอง และบำบัดรักษาทางระบบหายใจที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเร็วที่สุดทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย การพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเลือกใช้ตามเชื้อที่คิดว่าเป็นสาเหตุ และมีข้อมูลทางคลินิกและทางระบาดวิทยาของท้องถิ่นนั้นๆ

2. การรักษาทั่วไป ให้สารน้ำให้เพียงพอแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ในรายที่ขอบมาก ห้องอีดรับประทานอาหารไม่ได้ พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือด

ดำและดูอาหารทางปาก ให้ออกซิเจนในรายที่มีอาการเขียวหายใจเร็ว หอบชายโครงบุ้ม กระบวนการหายใจหรือชีม ใช้ยาขยายหลอดลมในรายที่ได้ยินเสียง wheeze หรือ rhonchi และมีการตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม พิจารณาให้ยาขับเสมหะ หรือยาละลายเสมหะในกรณีที่ให้สารน้ำเต็มที่แต่เสมหะยังเหนี่ยวอยู่ ไม่ควรให้ยากดอาการไอโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทำการภาพบำบัดทรวงอก (Chest physical therapy) เพื่อช่วยให้เสมหะถูกขับออกจากปอดและหลอดลมได้ดีขึ้น การรักษาอื่นๆ ตามอาการ ได้แก่ ให้ยาลดไข้ ผู้มีภาวะหายใจลำบากหรือหดหายใจ พิจารณาใส่ท่อหลอดลมและเครื่องช่วยหายใจ (พritchard คิริบูร์โนพิพัฒนา, 2555)

การวางแผนการจำหน่าย

การวางแผนการจำหน่าย หมายถึง การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จิราพร หวังชม, 2555)

กระบวนการวางแผนการจำหน่าย หมายถึงกระบวนการในการกำหนดกิจกรรมด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโดยการร่วมปรึกษาประสานงานกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาและความต้องการ วินิจฉัยปัญหาการกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน วิธีการปฏิบัติการลงมือปฏิบัติ และประเมินผลติดตามอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ภัทร์ ทวีทรัพย์ และวชรี เจนเจริญทรัพย์, 2555)

จากการศึกษาของ แมรี่ นาคามูระ และคณะได้ศึกษาการประเมินการกลับมา.rักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็ก เพื่อผลักดันการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า คณะได้ส่วนสำคัญที่ทำให้เด็กกลับมา.rักษาซ้ำ จึงมีการใช้การปรึกษาหารือเรื่องอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเด็กเพื่อเป็นมาตรฐานการที่มีคุณภาพ โดยที่มีการพูดคุยและหาซึ่งว่าเบรรี่เทียบกับปัจจัยอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกของระบบสุขภาพ เพื่อเป็นมาตรฐานในการ

ผลักดันการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาล (Mari M. Nakamura, MD, MPH, Sara L. Toomey, et.al) (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>)

จากการศึกษาของอนนารถ ม่วงทอง และคณะ (2554) เรื่องประสิทธิผลโปรแกรมการสอนแบบสาธิต ย้อนกลับเพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยใน การดูแลทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พบว่า กลุ่มควบคุมมีการกลับมาเป็นรักษาซ้ำอยู่ละ 11.8 แต่ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มทดลอง

จากการศึกษาของนิภาพร หลีกุล และสุวิณี วิรัฒน์วนิช (2557) เรื่องผลของการใช้การวางแผนการจำหน่ายต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและความพึงพอใจของผู้ดูแล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กแบบ METHOD โดยเน้นให้มีการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้ผู้ดูแลเด็กเข้าใจถึงการเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่า การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกลุ่มที่ใช้การวางแผนจำหน่ายเด็กโรคปอดอักเสบและกลุ่มที่ใช้การพยาบาลปกติไม่แตกต่างกันโดยทั้งสองกลุ่มไม่มีเด็กกลับมารักษาซ้ำ และพบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบกลุ่มที่ใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่าย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นตอนในการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มี 7 ขั้นตอนดังนี้ (นที, 2541 อ้างใน จีรา พุฒิพันธุ์, 2551)

1.1 สำรวจความสนใจในเรื่องที่ผู้เรียนต้องการจะรู้ และตั้งเป้าหมายในการเรียนรู้ซึ่งการให้ความรู้ต้องมีขอบเขตที่ชัดเจน สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่ให้ความรู้ความสำคัญของการเรียนรู้ได้

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้ เพื่อให้การเรียนรู้แต่ละครั้งมีทิศทางที่แน่นอนและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

1.3 เนื้อหาที่สอนต้องเสริมจากความรู้เดิม ให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงในสิ่งที่ผู้เรียนต้องการ โดยเฉพาะเรื่องการวิเคราะห์และคำแนะนำในการปฏิบัติงาน

1.4 การเลือกรูปแบบการให้ความรู้ อาจใช้หلامวิธีร่วมกัน ควรเลือกวิธีการให้ความรู้ที่ง่ายและสะดวกต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน

1.5 ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

1.6 ใช้ภาษาที่ผู้เรียนเข้าใจ

1.7 มีการประเมินผล ทำให้ทราบว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่

รูปแบบของการให้ความรู้

รูปแบบของการให้ความรู้แต่ละรูปแบบก็จะมีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ แต่ละเนื้อหาสาระ แต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นผู้ให้ความรู้จึงจำเป็นต้องเลือกรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับเนื้อหาสาระ และกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นผู้ให้ความรู้จึงจำเป็นต้องเลือกรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับเนื้อหาสาระที่ต้องการให้เกิดการเรียนรู้ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย วิธีการให้ความรู้นิยมใช้กันในปัจจุบัน สามารถแบ่งตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมายได้ 3 ลักษณะ ดังนี้ (จีรา พุฒิพันธุ์, 2550)

การให้ความรู้เป็นรายบุคคล เป็นการให้ความรู้แบบตัวต่อตัว สามารถให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้เรียนได้อย่างละเอียด ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย ผู้เรียนมีโอกาสได้ซักถาม ผู้สอนสามารถกระตุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และสามารถประเมินการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอน และผู้ป่วย เป็นวิธีการสอนที่ตอบสนองต่อความสนใจ ความสามารถและความต้องการของผู้ป่วย

แต่ละคน โดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ ข้อเลี่ยงของการให้ความรู้วินิจฉัยต้องเสียเวลาและกำลัง คนมาก

การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนและระหว่างผู้เรียนด้วยกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลง ในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติ ข้อเลี่ยงคือ ถ้ากลุ่มใหญ่อาจจะประเมินผลการสอนได้ยาก ผู้ที่มีปัญหาแตกต่างจากกลุ่มจะไม่ได้รับการแก้ไข

การให้ความรู้โดยการใช้สื่อสารณะ เป็นรูปแบบการให้ความรู้อีกวิธีหนึ่งที่สามารถให้ความรู้ ตามกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก ซึ่งโดยทั่วไปการให้ความรู้ในลักษณะนี้พื้นได้หลายวิธี เช่น การให้ความรู้โดยการใช้สิ่งพิมพ์ เป็นแบบจำลองต้นฉบับที่บรรจุเนื้อหาสาระและรูปภาพที่ให้ความรู้ที่เป็นประยุกต์ต่อผู้อ่าน แบ่งออกเป็นหลายประเภท และแต่ละประเภท ต่างก็มีลักษณะเฉพาะและมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการเผยแพร่สำหรับประชาชนที่มีความรู้ไม่เหมือนกัน การใช้วิทยุกระจายเสียง เป็นสื่อที่สามารถส่งไปยังผู้รับจำนวนมากด้วยเสียงในเวลาอันรวดเร็ว มีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันของประชาชนจำนวนมาก การใช้วิทยุ โทรทัศน์ เป็นสื่อที่นำทั้งภาพและเสียงไปให้ประชาชน ดูถึงในบ้านเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้ ที่มีประสิทธิภาพสูงและสามารถทำให้ผู้ดูเกิดแนวร่วมกันได้ การใช้ภาพนิทรรศ เป็นสื่อที่แสดงให้เห็นถึงการเคลื่อนไหวที่ต่อเนื่องและมีเสียงประกอบที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมาก สามารถเล่นอัลฟ์ที่มีจริงและสิ่งที่จำลอง เพื่อให้ประชาชนดูได้ และเข้าถึงประชาชน

ได้อย่างกว้างขวางและการให้ความรู้ในการจัดนิทรรศการ เป็นกิจกรรมสุขศึกษาในลักษณะสื่อความหมายโดยการนำเสนอวัสดุสิ่งของหรืออุปกรณ์ต่างๆ มาจัดแสดงอย่างเป็นระเบียบและมีคุณภาพ ทำให้ผู้ดูเกิดการเรียนรู้ได้ทั้งทางตรรกและทางอ้อม

กล่าวโดยสรุป โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการติดเชื้อบริเวณเนื้อปอดที่ทำให้หลอดลมฝอยส่วนปลายสุดและถุงลมปอดเกิดหนอง สามารถแบ่งชนิดของปอดอักเสบได้ 3 แบบ ได้แก่ แบ่งตามลักษณะทางกายภาพ แบ่งตามแหล่งรับโรค และแบ่งตามเชื้อที่เป็นสาเหตุ ซึ่งสาเหตุของการเกิดปอดอักเสบเกิดจากเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย การสำลักอาหาร เมื่อการติดเชื้อที่ปอดจะส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก เด็กจะมีอาการ ไอ ไอ หายใจลำบาก หายใจลำบาก ไอ ไอ มีปีกจมูกบาน เขียวปลายมือ ปลายเท้า และอาจทำให้เด็กขาดออกซิเจน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เด็กเสียชีวิต และเกิดปัญหาแก่ผู้ปกครองที่ต้องรับภาระ ทั้งภาระค่าใช้จ่ายและต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลในโรงพยาบาล ดังนั้นการวางแผนจ้าน่ายแก่ผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำจะช่วยลดค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กได้ถูกต้องและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ การวางแผนการจ้านายเป็นการเตรียมความพร้อมที่มีกระบวนการต่างๆ ที่เพิ่มสุขภาพให้เด็กษาหารือและสรุปเป็นโปรแกรมการสอนหรือการให้ความรู้ไม่ว่าจะเป็นการสาธิตย้อนกลับ หรือให้ความรู้แบบรายบุคคล รายกลุ่ม หรือการใช้สื่อสารณะ หากมีการวางแผนการจ้านายที่มีประสิทธิภาพจะทำให้การกลับมาเรียกษาชั้ลลงหรืออาจไม่กลับมารักษาซ้ำ และยังได้รับความพึงพอใจจากผู้รับบริการมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จิราพร หวังชม. (2555). การพัฒนาฐานแบบการวางแผนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเด็ก แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน.
- จีรวา ชุมจันทร์. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มนัส ม่วงทอง, วรารณ์ พาหอง, รัตนภรณ์ ภูมิวนิทร์, พิมพิมล ธนย์สิบ และ สมทรง เจ้าฝ่าย. (2554). "ประสิทธิผลโปรแกรมการสอนแบบสาธิตข้อกลับเพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ". วารสารโรงพยาบาลแพร์. 19(1) : 109-116.
- นิภาพร หลีกฤต และ ลุวนี วิวัฒน์วนิช. (2557). ผลของการใช้การวางแผนการสำหรับการรักษา สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและความพึงพอใจของผู้ดูแล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. (2555). การพยาบาลเด็ก 2. นวนทุรี : สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข.
- ภัทรรา ทวีทรัพย์ และ วชรี เจนเจริญทรัพย์. (2555). ประสิทธิผลการวางแผนการสำหรับผู้ป่วยเด็กโรค มะเร็ง ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วชรี แก้วนภาณุ. (2555). "โรคปอดอักเสบประเทศไทย ปี 2548-2553". รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. 43 (ฉบับพิเศษ). 90-98.
- สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, อนุชา ตรีศิริโชค, ชนากิจ ลือวิเศษไพบูลย์, โอฬาร พรมผลิชิต, เกศรา อัศดำเนงคล, ไฟโรจน์ จงบัญญาติเจริญ. (2557). คุณภาพเวชศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : นพชัย การพิมพ์.
- สำนักงบประมาณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. การรักษาโรคปอดอักเสบในเด็ก. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2559, จาก <http://www.boe.moph.go.th/fact/Pneumonia.htm>.
- Mari M. Nakamura, MD, MPH, Sara L. Toomey, MD, MPhil, MSc, MPH, Alan M. Zaslavsky, PhD, Gay G. Berry, MD, MPH, Scott A. Lorch, MD, MSCE, Ashish K. Jha, MD, MPH, Mark A. Schuster, MD, PhD. (2016) Measuring Pediatric Hospital Readmission Rates to Drive Quality Improvement. [Online]. Retrieved July 30, 2016 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii>.
- World Health Organization. (2013). End Preventable Deaths: Global Action Plan of Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea. Retrieved, July 30, 2016 from <http://www.who.int/whr/>.



**บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการนวดเท้า
เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้ป่วยเบาหวาน**
**The Roles of Nurse in Promoting Foot Massage
to Prevent Peripheral Arterial Occlusive Disease for Persons with
Diabetes Mellitus**

จันทร์ญา พัชริยพันธุ์*

บทคัดย่อ

บทความเนื้อหาที่กล่าวไปในส่วนของบทบาทของพยาบาลในการจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน และการนวดเท้า รวมทั้งการบริหารเท้า และการออกกำลังกายของเท้าเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันในผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้าเป็นการปฏิบัติการที่สำคัญที่ช่วยลดการแผลเรื้อรังที่เท้า ในผู้ป่วยเบาหวาน การแนะนำให้ผู้ป่วยบริหารเท้าออกกำลังกายเท้า และนวดเท้าอย่างสม่ำเสมอจะช่วยส่งเสริมให้การไหลเวียนเลือดส่วนปลายดีขึ้น ป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ และลดโอกาสการถูกตัดขา การปฏิบัติการตามบทบาทอิสระของพยาบาลดังกล่าวถือเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This article aims to present the role of nurses in classifying risk level of having foot ulcer from diabetes and promoting foot massage, as well as foot management and foot exercise, to prevent peripheral arterial occlusive disease in diabetic patients. Classification of risk level of having foot ulcer is considered an important implementation in decreasing opportunity of chronic

foot ulcer. Regular foot massage, foot management and foot exercise could promote blood circulation, prevent foot ulcer and decrease a chance of being amputations of lower limbs. Nursing implementation based on autonomy role of nurses could decrease cost for health service and promote quality of life of diabetic patients.

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตรายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด ตาบอด โรคเลื่อมของเส้นประสาทส่วนปลาย ซึ่งทั้งหมดเป็นโรคแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนั้นแล้ว ประสาทส่วนปลายที่เสื่อมลงยังเป็นสาเหตุของความพิการจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้า และถูกตัดเท้ามากกว่าคนปกติหลายเท่าตัว สามัญรูปแบบของโรคโลภ พบร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะถูกตัดขาหากว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 25 เท่า และมีสถิติสูงถึงร้อยละ 70 ที่ต้องสูญเสียอวัยวะโดยการถูกตัดขา (International Diabetes Federation, 2005) และสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานคือภาวะตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อที่เท้า จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันที่ร่วงกายมากกว่าคนทั่วไป ประมาณกันว่าผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเป็น 2 เท่าของคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน และเป็นโรคหลอดเลือดที่ขาอุดตันเป็น 20 เท่าของคนที่ไม่เป็นเบาหวาน (เพท ทิมะทองคำ, 2552) การเกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็งจนบางครั้งก็อุดตัน เกิดขึ้นได้ทั้งในหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดฝอย ทำให้เกิดแผลที่เท้าขึ้น เองได้เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic Foot Ulcer) ซึ่งจะพบมากที่ปลายนิ้วเท้าทั้งห้าหรือสันเท้าในผู้ป่วยบางรายซึ่งเกิดแผลจากสาเหตุอื่น เช่น จากอุบัติเหตุ จากของมีคม เล็บขบ จากยุก กัด และจากการเก้า เป็นต้น การรักษาให้แผลหายก็เป็นไปได้ยากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากหลอดเลือดตีบไม่มีเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อเพียงพอ ทำให้ไม่มีการสมานแผล ตั้งนั้นเมื่อเลือดไปเลี้ยงเท้าไม่พอ ร่วมกับภาวะของปลายประสาทเสื่อมจึงทำให้เท้ามีโอกาสเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย เวลาเป็นแผลที่เท้าจึงหายช้า บางครั้งแผลไม่หายแต่กลับลุก laminate ทำให้น้ำและเท้าเน่า แต่อย่างไรก็ตามพบว่าประมาณร้อยละ 85 ของการสูญเสียจากเบาหวานสามารถป้องกันได้ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555)

อัจฉรา สุวรรณนาคินทร์ (2557) กล่าวว่าการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะผู้ที่เป็นเบาหวานมักมีความผิดปกติของปลายประสาทโดยเริ่มจากเท้าก่อน ทำให้มีเท้าชา ผิดรูป เกิดหนังด้านและเกิดแผล การที่ไม่รู้สึกเจ็บทำให้ยังใช้เท้าเดินลงน้ำหนักตามปกติต่อไป จึงมีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีแผลที่เท้าจะต้องถูกตัดเท้าจากแผลเรื่องวังและรักษาไม่หาย โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่เคยรับรู้หรือทราบหนักว่าตนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลหรือถูกตัดขาและไม่เคยได้รับความรู้ว่าต้นต้องดูแลเท้าอย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดแผลและถูกตัดขา ในที่สุด

ดังนั้นผู้ถูกตัดเท้าหรือขา เนื่องจากเบาหวาน ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (ริลัวณ์ ธิรวัตรพงศ์ และกุลภา ศรีสวัสดิ์, 2551) และองค์การอนามัยโลก คาดว่าเบาหวานจะกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 ในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2016) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยง และร่วมให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และบทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

การเกิดแผลที่เท้ามีความล้มเหลวทั้งโรคปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย อุดตัน และร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เพื่อเป็นการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงดังກ่อมา พยาบาลจำเป็นต้องมีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อประเมินความเสี่ยงของ การเกิดแผลที่เท้า ประกอบด้วย 1) การขั้นระดับการเกิดแผลที่เท้า 2) การตรวจลักษณะท้า 3) การประเมินการรับความรู้สึก และ 4) การประเมินหลอดเลือดที่เลี้ยงขาและเท้า (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2556) ในบทความนี้จะกล่าวถึงการจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน และแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าตามระดับความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผลที่เท้า



แผนภูมิที่ 1 แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแพลที่เท้าตามระดับความเสี่ยง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแพลที่เท้า (อริสรา ลุขวัจนะ, 2015)

จากแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ตามระดับความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผลที่เท้าดังกล่าว หากไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและดูแลป้องกันการเกิดแผลได้ในระยะเริ่มต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงขึ้น ตามลำดับ และมีโอกาสสูงที่จะเกิดแผลที่เท้าและถูกตัดเท้าในที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการตรวจตัดกรองผู้ป่วยเบาหวานเบื้องต้น และนำแนวทางการส่งเสริมการให้หลีกเลี่ยดส่วนปลาย เช่น การบริหารเท้า การออกกำลังกายเท้า และการนวดเท้า เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทของพยาบาลที่สามารถทำได้โดยอิสระ โดยสามารถแนะนำและสาธิตให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างทันท่วงที

การนวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานและกระตุ้นการไหลเวียนเลือดมาสู่ปลายเท้า

นอกจากบทบาทโดยทั่วไปแล้ว พยาบาลยังสามารถแนะนำการป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดแผลที่เท้า โดยใช้การบริหารเท้า การออกกำลังกายเท้า และการนวดเท้า เพื่อส่งเสริมให้มีการไหลเวียนเลือดส่วนปลายตื้อขึ้นเพื่อการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า โดยทั่วไปพยาบาลจะแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานบริหารเท้าหรือการออกกำลังกายเท้าอย่างสม่ำเสมอทุกวัน วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อคงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ท่าบริการอย่างง่าย ทำได้โดย (อัจฉรา สุวรรณานุคินทร์, 2557)



การนวดเป็นวิธีการรักษาโรคที่เป็นธรรมชาติ ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือและวัสดุใดๆ จึงปลอดภัยและปราศจากสารพิษตกค้างในร่างกายซึ่งต่างจากการรักษาด้วยวิธีอื่นเป็นอย่างมาก การนวดใช้เที่ยง การกด การนวด การคลึงเด็น การดัด การประคบ และการอบตัว อาจประยุกต์เอาร่วมกับการอื่นๆ เช่นมาผอมผ้านร่วมด้วย เช่น การหุบ การลับ การตี การตบ นอกจากนั้นยังมี

การนวดอื่นๆ เช่น การนวดน้ำมัน เป็นต้น การนวดทำให้มีการกระตุ้นหลอดเลือดให้ขยายตัว และเมื่อหลอดเลือดฟอยถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง Endothelial cell บริเวณผนังหลอดเลือดจะสร้าง Nitric Oxide (NO) เพิ่มมากขึ้น สงสัยให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดฟอยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น (Toda, Imamura, & Okamura, 2010)

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (พระราชบัญญัติการประกอบโรคคิดปะ, 2542) ให้คำนิยามของ การนวดไว้ว่า เป็นการตรวจประเมิน การวินิจฉัย การบำบัด การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยวิธีการกด การคลึง การจับ การดัด การดึง การประคบ หรือวิธีการอื่นตามคิดปะ การนวด หรือการใช้ยา ตามกฎหมายว่าด้วยยาทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการนวดแผนไทย

วิธีการนวด ในนิยามตามกฎหมายข้างต้น ในบทความนี้จะใช้ลักษณะของวิธีการนวดที่นิยมประยุกต์เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน คือ วิธีการกดและการคลึงเด่น (ครุฑ) ดังนี้

1) การกด คือ การใช้นิ้วมือกดลงบนนิ้วเท้า และฝ่าเท้าเป็นหลัก การกดต้องกดด้วยน้ำหนักที่มากพอที่จะส่งผ่านแรงจากการนวด ให้ไปกระแทกกระดูกนวด เพื่อเกิดเป็นพลังไปกระตุ้นอวัยวะและเนื้อยื่นเข้าหากาย ข้อดีของการกด คือ การกดนิ่วลงแต่ละครั้งจะทำให้กล้ามเนื้อยืดและคลายตัวออกไป และขณะที่กดนิ่ว เลือดซึ่งอยู่ในบริเวณใต้นิ้วจะแผ่กระจายออกไปรอบๆ เมื่อผ่อนนิ้วเลือดก็จะไหลกลับเข้ามาเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตเป็นอย่างดี สำหรับข้อเลี้ย คือ การกดที่หันจกนกเงินไป อาจทำให้เห็บ เล็บเลือดซึ่งขาดและอาจเกิดรอยช้ำได้

2) การคลึงเด่น (ครุฑ) คือ การใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วอื่นๆ มะเหลงหรือสันมือกด พร้อมกับครุฑไปตามแนวการนวด ข้อดีของการคลึงเด่น คือ สามารถนวดได้พื้นที่กว้าง ซึ่งเท่ากับกระตันกล้ามเนื้อได้บริเวณกว้าง ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อได้ ล่วนข้อเลี้ย คือ การคลึงเด่น (ครุฑ) ที่รุนแรงมาก อาจทำให้ผ่อนหลอดเลือดในบริเวณนั้นแตกและแตกได้ และถ้าหากคลึงบนเล็บประสาททำให้เกิดอาการเสียวแปลบๆ และอาจทำให้เล็บประสาทอักเสบได้

การแต่งรสมือ หมายถึง การลงน้ำหนักแต่ละรอบและจังหวะของการลงน้ำหนัก ซึ่งต้องประเมินโดยตัวผู้นวดเองมืออยู่ 3 ระดับ คือ

- ระดับน้ำหนักเบา ใช้แรงประมาณร้อยละ 50 ของน้ำหนักที่ผู้นวดสามารถได้สูงสุด

- ระดับน้ำหนักปานกลาง ใช้แรงประมาณร้อยละ 70 ของน้ำหนักที่ผู้นวดสามารถได้สูงสุด

- ระดับน้ำหนักมาก ใช้แรงประมาณร้อยละ 90 ของน้ำหนักที่ผู้นวดสามารถได้สูงสุด การลงจังหวะมือในการนวดมี 3 จังหวะ คือ หน่วง เป็นการลงน้ำหนักเบา เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อรู้ตัว หน่วงเพื่อให้เล็บหย่อนกล้ามเนื้อคลายตัว การไฟลเวียนแล็อดเกิดขึ้น

เน้น เป็นการกดลงน้ำหนักเพิ่มขึ้น บันตำแหน่งที่ต้องการเน้นเพื่อให้เลือดวิ่ง รู้โดยลัญญาณบ่งบอก

นิ่ง เป็นการกดลงน้ำหนักมาก และกดไว้พร้อมกับกำหนดลมหายใจ ยิ่ง ยาว ตามต้องการเพื่อเน้นให้เกิดความร้อน ใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 3 นาที คือ การสูดลมหายใจประมาณ 15-20 วินาที

ผลดีและผลเสียของการนวด

Chaithavuthi J. and Muangsiri K., (2007) ได้สรุปผลดีและผลเสียของการนวดเท้าไว้ดังนี้

1) ผลดีของการนวดที่มีต่อร่างกาย

การนวดมีผลดีต่อระบบไฟลเวียนของเลือด ช่วยการไฟลเวียนของเลือดดีขึ้น ช่วยการไฟลเวียนของน้ำเหลือง ลดอาการบวม และกระตุ้นให้กล้ามเนื้อที่ถูกนวดเกิดความร้อนขึ้น

- ระบบกล้ามเนื้อ ทำให้การไฟลเวียนของเลือดมาที่กล้ามเนื้อดีขึ้น จึงลดอาการเมื่อยล้า ผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้หายอ่อนตัวลดการเกร็ง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อ และช่วยการยืดหยุ่นของเล็บเอ็นและกล้ามเนื้อ

- ระบบผิวหนัง ช่วยให้เนื้อยื่นบริเวณที่นวด มีอุณหภูมิสูงขึ้น ผิวพรรณเปล่งปลั่ง เพิ่มสมรรถภาพในการดูดซึมยา และช่วยลดริ้วรอยและแผลเป็น

- ระบบทางเดินอาหาร เพิ่มอัตราการย่อยเร่งการใช้สารอาหารในร่างกาย กระตุ้นการขับถ่าย

- ระบบประสาท ช่วยกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก (Parasympathetic nerve) มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อวัยวะทำงานดีขึ้น

- อุณหภูมิร่างกาย แพทย์แผนไทยเชื่อว่า การนวดสามารถช่วยทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูงเพิ่มขึ้น

- จิตใจ มีการหลั่งสาร Endorphine ทำให้เพิ่มความอุ่นจากการล้มผ้า คลายเครียด ทำให้ลดชีวนิรภัยและการเคลื่อนไหว

2) ผลเสียของการนวดที่มีต่อร่างกาย

- การนวดเป็นการนวดแบบเฉพาะ โดยเน้นการกดและใช้น้ำหนัก ทุกครั้งที่กดจะกดนิ่งๆ ไว้เพื่อกระตุ้นประสาทลัมผัสหรือที่เรียกว่ากระตุ้นพลัง และจะกดนิ่งไว้เพื่อกระตุ้นให้พลังงานแล่นไปรักษาอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่เป็นหามาย ซึ่งต้องมีน้ำหนักในการกดมากพอสมควร ดังนั้นถ้าผู้นวดไม่มีความชำนาญพอลจะทำให้เกิดการบาดเจ็บ

- การนวดบริเวณจุดที่บอบบาง หากขาดความระมัดระวังอาจเกิดการบาดเจ็บของเล็บเลือดและเล็บประสาทได้

ขั้นตอนการนวดเท้า

1. วิธีการนวดเท้าในท่าที่ 1 มะแหงครูดฝ่าเท้า

1.1 มือซ้ายจับปลายเท้าเอ่นขึ้น มือขวา กำเป็นมะแหงครูด

1.2 ครูดตั้งแต่เนินนิ้วเท้าลงไปจนถึงส้นเท้า

2. วิธีการนวดเท้าในท่าที่ 2 มะแหงครูดเนินนิ้วเท้า

2.1 มือซ้ายจับปลายเท้าเอ่นขึ้น มือขวา กำเป็นมะแหงครูด

2.2 ใช้นิ้วหัวแม่มือแตะยีดไว้ข้างเนินหัวแม่เท้า ส่วนมะแหงกดครูดจากเนินนิ้วก้อยกลับมาข้าง

เนินนิ้วหัวแม่เท้า

3. วิธีการนวดเท้าในท่าที่ 3 มะแหงครูดคอกนิ้วเท้า

3.1 มือซ้ายจับปลายเท้าเอ่นขึ้น มือขวา กำเป็นมะแหงครูด

3.2 ใช้นิ้วหัวแม่มือแตะยีดไว้ข้างเนินหัวแม่เท้า ส่วนมะแหงกดคาดจากคอกนิ้วก้อยกลับมาข้าง

คอกนิ้วหัวแม่เท้า

4. วิธีการนวดเท้าในท่าที่ 4 มะแหงครูดด้านใน

4.1 ใช้มือซ้ายจับปลายเท้าเอียงออกด้านนอก มือขวา กำเป็นมะแหงครูดคอกนิ้วหัวแม่มือขวาแตะประคองใต้ฝ่าเท้า

4.2 ครูดข้างเท้าด้านในตั้งแต่นิ้วโป่งลงไปจนถึงส้นเท้า

5. วิธีการนวดเท้าในท่าที่ 5 กดจุดบริเวณฝ่าเท้า ใช้นิ้วหัวแม่มือกดจุดบริเวณนี้หัวแม่เท้า กดจุดค้างไว้แล้วนับ 1-10 แล้วปล่อย เปลี่ยนไปจนครบ 7 จุด

จุดที่ 1 นิ้วโป้งเท้า

จุดที่ 2 นิ้วชี้เท้า

จุดที่ 3 นิ้วกลางเท้า

จุดที่ 4 นิ้วนางเท้า

จุดที่ 5 นิ้วก้อยเท้า

จุดที่ 6 จุดใต้นิ้นฝ่าเท้า

จุดที่ 7 กึงกลางฝ่าเท้าตรงกับแนวนิ้วก้อยหมายเหตุ ในท่าที่ 1-4 ให้ทำซ้ำ 5 ครั้ง และ ท่าที่ 5 เปลี่ยนไปจนครบ 7 จุด

สรุป

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการ

ดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งด้านทางใหม่ๆ มาใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าให้กับผู้ป่วยเบาหวานสอดคล้องกับการศึกษาของจาڑุณี นั่งพล (2554) ที่ศึกษาถึงบทบาทพยาบาล กับการป้องกันแผลที่เท้าเบาหวาน พบว่า การให้ความรู้ในการดูแลเท้าแก่ผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญมากเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และจัดการกับอุปสรรคในการปฏิบัติพุทธิกรรมการส่งเสริมสุขภาพเท้า

ซึ่งการนวดในผู้ป่วยเบาหวานนี้ มีผลต่อการกระตุ้นการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย กระตุ้นเล็บประสาท และกล้ามเนื้อบริเวณเท้า สอดคล้องกับการศึกษาของคอสโตร์ ซันเชซ (Castro-Sanchez, et al, 2009) พบร่วมกับผลของการนวดเนื้อเยื่อกีบพัน (Connective tissue) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในอวัยวะส่วนปลายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยชะลอการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องสูญเสียเท้าในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

- จากรูปี นั่งพูล. (2554). "บทบาทพยาบาลกับการป้องกันแผลที่เท้าเบาหวาน". วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 4(1-3) : 27-38.
- เทพ ทิมังทองคำ. (2552). ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : บริษัทกิตติพัฒนา.
- พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542. (2542). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 เรื่อง การเพิ่มประเภทการนวดไทย ในสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2559, จาก http://law.longdo.com/law/97/sub12_245.
- วิลาวรรณย์ ศิริวัตรพงศ์ และกุลภา ศรีสวัสดิ์. (2551). "การศึกษาระดับวิทยาและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ถูกตัดเท้าหรือขาเนื่องจากเบาหวาน ณ โรงพยาบาลศิริราช". เวชศาสตร์พื้นฟูสาร. 8(2): 65-69.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ :
- ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อริสรา สุขวัจน์. (2015). "แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและการดูแลแผลที่เท้า และการถูกตัดขาหรือเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน". Journal of Medicine and Health Sciences. 22(2). 99-107.
- อัจฉรา สุวรรณนาคินทร์. (2557). คู่มือการดูแลเท้าในผู้เป็นเบาหวาน. กรุงเทพฯ :
- คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Castro-Sanchez A., et al. (2009). "Connective tissue reflex massage for type 2 diabetic patients with peripheral arterial disease : Randomized controlled trial". Evidence-Based complementary and alternative medicine. Hindawi Publishing Corporation. Retrieved June 2016 from <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/804321/>.
- Chaithavuthi, J. and Muangsiri, K. (2007). *Thai massage the thai way : Healing body and mind.* 2nd ed. Changmai. Thai Massage Bode Press.
- International Diabetes Federation. (2005). *Time to act : Diabetes and foot care.* [Online]. Retrieved June 6, 2015 from http://www.idf.org/webdata/docs/T2A_introduction.pdf.
- International Diabetes Federation. (2014). *Executive summary.* 6th ed. Retrieved June 6, 2015 from <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>.
- Toda, N., Imamura, T., & Okamura, T. (2010). "Alteration of nitric oxide-mediated blood flow regulation in Diabetes Mellitus [Electronic version]". *Pharmacology & Therapeutics.* (127) : 189-209.
- World Health Organization. (2016). *Diabetes Fact sheet.* [Online]. Retrieved June 2016 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.



กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ : ประสบการณ์ทางการพยาบาล

The Process of Caring for Patients to Humanize of Health Care : Nursing Experiences

ดร.นวพร วุฒิธรรม*

บทคัดย่อ

พยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคคลสำคัญที่เป็นผู้กระทำต่อมนุษย์ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การพยาบาลและการช่วยเหลือ และการฟื้นฟูสภาพ กระบวนการในมิติดังกล่าวพยาบาล จะต้องให้การดูแลด้วยความเมตตา เอื้ออาทร ซึ่งมีเชื่อถูกและพาณิชย์ เนื่องจากมีความต้องการดูแลผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ คนหนึ่งที่มีชีวิต มีความรู้สึก มีความคาดหวัง และมีบทบาทในครอบครัว โดยมีเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยรอดพันหรือหายจากโรค หรือสามารถดูแลตัวเองได้ตามศักยภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอยระบบ มีปัญหาซับซ้อน ในฐานะพยาบาลจำเป็นต้องหัวเรื่องที่หลากหลายนั้นๆ ฐานะขององค์ความรู้เรื่องคิดการดูแล

ผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นวิธีการที่ผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงความเข้าใจ ความทุกข์ยากในฐานะผู้ป่วย ประกอบกับการพิจารณาถึงบริบท วัฒนธรรม และวิถีชีวิตในความเป็นผู้ป่วยแต่ละคน บทความนี้ได้นำเสนอแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ โดยผ่านการคิดวิเคราะห์ร่วมกับการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในประสบการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วย ให้สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ได้นำมาการพัฒนาการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กรวิชาชีพการพยาบาล

Abstract

Nurse is the important to act for human in the part of promotion, protection, caring and rehabilitation. The process as above the nurse will care by kindness and generosity which is not special disease. Nurse must care them to be live patient, have feeling, have expectation

and have role in the family to engage for patient healing or survivor can take care their self as ability, especial patient has many system disease and complication solving, as a nurse must found many method based on body of knowledge. Concept of humanized health care is

*ผู้ช่วยคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน

one method used to patient caring by understanding, suffering of them, and consider context, culture and lifestyle in individual. This article present concept of humanized health care, process of humanized health care by analysis

to participate of evidence base in experience patient caring for self-care. In addition that has develop to nursing curriculum and engage to learning in nursing organization.

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการบริการสุขภาพประชาชนที่เน้นการมีส่วนร่วม การดูแลด้วยความเอื้ออาทร การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม บริบท วิธีชีวิต (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11, 2555-2559) พยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพซึ่งมีหน้าที่สำคัญคือ การให้การพยาบาลบนพื้นฐานปรัชญาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ซึ่งจะเห็นได้จากเป้าหมายของการดำเนินวิชาชีพ ทฤษฎีการพยาบาลของในติงเกลเป็นทฤษฎีที่มีจุดเน้นหลักคือผู้ใช้บริการปลอดภัย กระบวนการทัศน์หลักเกี่ยวกับทฤษฎีประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ ด้านบุคคล ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการ ในมิติทางชีวะจิตและสังคม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ใช้บริการเป็นผู้มีคุณภาพหรือมีพลังในตนเองที่จะพัฒนาจากโรคถ้ามีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ด้านสุขภาพตามข้อเขียนของในติงเกล สุขภาพจะผูกพันอยู่กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสุขภาพหมายถึง การปราศจากโรคและการใช้พลังอำนาจของบุคคลในการใช้ธรรมชาติให้เกิดประโยชน์สูงสุด ล้วนการเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยในติงเกลมองว่า เป็นกระบวนการซ้อมแซมที่ร่างกายพยาบาลที่จะสร้างความสมดุล ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยภายนอกทั้งหมดที่มีอิทธิพลต่อชีวิตและพัฒนาการ เช่น การระบายน้ำอากาศ ความอบอุ่น การควบคุมเลื่อน การกำจัดไขมูลฝอยและกลิ่นต่างๆ รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทั้งด้วยคำพูดและภาษาถกและด้านการพยาบาล เป็นการจัดสิ่งอ่อนน้อมถ่อมตนให้เกิดกระบวนการทางกายด้วยสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุด (Nightingale, 1992) ดังนั้นการ

พยาบาลในระยะแรกของการพยาบาลได้คำนึงถึงวิธีการที่หลากหลายโดยเฉพาะการแสดงความรู้สึกเพื่อที่จะเยียวยาให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดีและรอดพ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health care) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หรือเรียกว่าเป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพึ่งพาจากโรคด้วยการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลมีความสนใจ ดูแล เอาใจใส่ ด้วยความเอื้ออาทร มีความเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วยโดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร การดูแลด้วยการเอาใจใส่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทักษะของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งการบริการเช่นนี้ต้องอยู่บนฐานความเชื่อที่ว่าความทุกข์ของผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดจากความรู้สึกกังวลลัวการสูญเสียรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างดังนั้นการให้ผู้ป่วยได้มีการติดต่อสื่อสารและได้รับการปฏิบัติด้วยความเห็นใจการเคารพนับถือซึ่งกันและกัน เคราะปในคัดค้านความเชี่ยวชาญจะช่วยให้พัฒนาจากความเจ็บป่วยได้หรือที่เรียกว่าการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (The patient-centered) (ประเวศะลี, 2552; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2551)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

จากการบททวนแนวคิดการดูแลผู้ป่วยมีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมายและมีความคล้ายคลึงกันได้แก่ การบริการสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการ และครอบครัว ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการตามบริบทและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยผู้ให้บริการใช้ทักษะ "การฟัง" เป็นหลัก ได้แก่ 1) การบริการที่ดี (Service mind) คือ การมีจิตบริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง โดยไม่ตัดสิน พฤติกรรมคนอื่นด้วยความคิดของตนเอง เข้าใจและเห็นใจผู้อื่นให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ 2) การคิดวิเคราะห์ (Analytical thinking) คือ การคิดวิเคราะห์ ปัญหา และวางแผน แก้ไขปัญหานวนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริง โดยผู้ให้บริการสอดแทรกองค์ความรู้และการให้กำลังใจและ 3) การมีส่วนร่วม (Participation/Patient center) คือ กระบวนการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจและแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ใช้บริการลดพ้นจากความทุกข์ยาก หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ (วิทยาลัยพยาบาลรามราชนี, 2557; ส่งศรี กิตติรักษ์ราชกุล, 2554)

การบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanistic care) หมายถึงการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) ดูแลรักษาทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายด้วยการทำให้ผู้ป่วยยกระดับกว่า แพทย์พยาบาลเท่านั้น ใจ ในความทุกข์ของผู้ป่วย ปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตรและมีเมตตาธรรมร่วมกับการรักษาพยาบาล ด้วยความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทางด้านการแพทย์ และการพยาบาล ซึ่งการบริการเช่นนี้ต้องบูรณาการความเชื่อ ที่ว่าความทุกข์ของผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งเกิดจากความรู้สึก กังวล กลัวการล้มเหลว รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้างดังนั้น การให้ผู้ป่วยได้มีการติดต่อสื่อสารและได้รับการปฏิบัติ ด้วยความเห็นใจ คำนึงถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ จะช่วยให้พ้นหายจากความเจ็บป่วยได้ หรือที่เรียกว่า การดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (People at the centre of care) (นารายณ์ ชีรังกร, 2555)

การบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์คือ อ่อนโยนต่อชีวิตมนุษย์ อ่อนน้อมต่อธรรมชาติอ่อนไหว ต่อความทุกข์ทำให้ผู้รับบริการอุ่นใจ และผู้ให้บริการ มีความสุข และความเมื่องค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่ 1) ความสามารถในการมองเห็นองค์รวม คือ การดูแลผู้ป่วยทั้งคนโดยมิได้แยกส่วนอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง หรือการดูแลแยกส่วนโดยการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ 2) ความสามารถในการมองเห็นมนุษย์คือที่มีสุขภาพดีและการมองมนุษย์คนหนึ่ง ที่มีความต้องการพื้นฐาน ในการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องฟังผู้ป่วยในฐานะมนุษย์เพื่อนำข้อมูลมาวินิจฉัย ผู้ป่วยด้วยความรักและความเข้าใจ และความสามารถในการมองเห็นความทุกข์ของผู้อื่น คือการปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยการใช้มาตรฐานหรือกฎหมายของการดูแล เป็นหลักโดยไม่ได้ผ่านความเข้าใจในความทุกข์ยากของผู้ป่วย เช่น การตรวจรักษาที่ต้องมาหลายครั้งโดยไม่จำเป็น การใช้อารมณ์ความรู้สึกในการวินิจฉัยผู้ป่วยโดยไม่ได้อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ (โภมาต จึงเสถียรทรัพย์, 2552)

การบริการที่หัวใจของความเป็นมนุษย์ หมายถึงการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้องให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก (สุนิ วงศ์คงคานเทพ, 2550; สุทธานันท์ กัลกะ และผกาสรณ์ อุรวรรณ, 2556)

กล่าวโดยสรุปแนวคิดการบริการที่หัวใจของความเป็นมนุษย์ เป็นการบริการที่ผู้ให้บริการคำนึงถึง บริบทและวัฒนธรรมของแต่ละคน ครอบครัว ใน การแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม โดยผู้ให้บริการ จำเป็นต้องมีทักษะในการฟังเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า แพทย์และพยาบาลเห็นใจ เข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วย ปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตรและมีเมตตาธรรมร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้องค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทางด้านการแพทย์ และการพยาบาล

ซึ่งการบริการเช่นนี้ตั้งอยู่บนฐานของความเชื่อที่ว่า ความทุกข์ของผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งเกิดจากความรู้สึกกลัว โดยเดียวดังนั้นการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสติดต่อสื่อสาร พูดคุยให้กำลังใจและได้รับการปฏิบัติตัวด้วยความเห็นใจ คำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งต้องการความยืดหยุ่นจะช่วยให้พื้นหายจากความเจ็บป่วยได้

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

การให้บริการผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ เป็นการฟังเรื่องเล่าแบบสุนทรีย์สันทนา และการслушพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย การฟังเรื่องเล่าเป็นวิธีการที่ให้ความรู้สึกแพทย์ พยาบาล และผู้ให้บริการ สุขภาพในที่มี การใช้วิธีการเล่าเรื่องราวด้วยภาษา การฟังอย่างตั้งใจ แสดงถึงการเคารพ ประสบการณ์ชีวิตและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การสะท้อนคิดจากเรื่องราวด้วยภาษา การเลอกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ซึ่งกันและกัน จะช่วยให้แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพให้บริการด้วยความเห็นใจ เข้าใจ และไว้เนื้อเชือใจซึ่งกันและกัน การเลhim พลังอำนาจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม กันกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ การเน้นความสำคัญของประสบการณ์ในการปฏิบัติทั้งของผู้ป่วย และทีมสุขภาพ เพื่อให้แน่ชัดว่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ไม่ได้ถูกบดบังด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เวชระเบียน หรือวิธีการจ่ายยาทุกชนิด การให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เป็นการรักษาระดับความสุขของคนไข้ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และสัมพันธภาพที่เอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งแนวคิดนี้ปรากฏอยู่ในวิชาชีพการพยาบาลอย่างชัดเจนสอดคล้องกับงานวิจัยของสุกัญญา ศิริโสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตามี (2557) ที่กล่าวว่าดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ไม่ได้เป็นวิธีที่เลือก จาผลการวิจัยพบว่า ประกอบด้วย 8 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) รู้จัก รู้ใจ ภายสัมผัส 2) ทำความหวังครั้งสุดท้ายให้เป็นจริง ไม่ทิ้งสิ่ง ค้างค้างใจ 3) ให้ญาติมีส่วนร่วม รับรู้ทุกช่วงของการเปลี่ยนแปลง 4) ช่วยแก้ปัญหาโดยให้ชีวิต

ผู้ป่วยดีขึ้น 5) ทำซ่วงทุกข์ให้เป็นช่วงแห่งความสุข 6) ใช้หลักคานาเยี่ยวยาจิตให้ผู้ป่วย 7) เป็นสื่อกลางประสานความช่วยเหลือ และ 8) ช่วยให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ นอกจากนี้ยังบำบัดผู้ป่วยให้บริการได้รับคุณค่างานกิจที่ไม่ใช่วัสดุ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ 1) เห็นคุณค่าของชีวิตและงาน 2) ภูมิใจกับความสำเร็จ และ 3) ทำงานอย่างมีความสุขจากล้ำใจด้วยการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เป็นวิธีการที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพร่วมกันดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายคือ ให้ผู้ป่วยปลดปล่อยจากการแวงแหวนที่เกิดขึ้น ด้วยการใช้ความรู้สึกที่เป็นผู้ให้ด้วยหัวใจที่มีชีวิต

กรณีศึกษา : กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

จากแนวคิดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นคุณค่าของความเป็นคน การดูแลผู้ป่วยด้วยความเท่าเทียมกัน ด้วยการดูแลที่เอาใจใส่ ช่วยเหลือ เอื้ออาทร คำนึงถึงคุณธรรม จริยธรรม ลิทธิ์ผู้ป่วย การมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ใช้บริการด้วยการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ในฐานะที่เข้ามีประสบการณ์การทำงานในระบบบริการสุขภาพมาประมาณ 33 ปี ได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยและมีส่วนรับเคลื่อนในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง ด้วยการปรึกษาหารือระหว่างเพื่อนร่วมทีมสุขภาพแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ โดยการเริ่มต้นจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และถ่ายทอดประสบการณ์ของหน่วยงานตนเองกลุ่มหน่วยงานอื่นและเพื่อนร่วมวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทายจากโรคหรือสามารถพึงตนเองได้ตามคักษภาพ และคำนึงถึงบทบาทหน้าที่ ความรู้สึก ความคาดหวัง และลักษณะของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย กล่าวไได้ว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะ "พยาบาลวิชาชีพ" อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพลังใจในการดูแลตนเอง

ส่งผลต่อกุญภาพชีวิตที่ดีขึ้นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ผู้เขียนได้ใช้แนวคิดนี้มาปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีโรค/ปัญหาซับซ้อน หลายระบบในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งมาประมาณ 3 ปีเต็ม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยที่พ่วงว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์มีลักษณะคล้ายคลึงกับการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เป็นกระบวนการที่เกิดจากพลังความสามารถของผู้ให้บริการที่เป็นผู้ให้ ด้วยการมองถึงความทุกข์ยากของผู้ป่วยและครอบครัว การมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาด้วยทักษะที่มีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับการวิเคราะห์องค์ประกอบของปัญหาด้วยทฤษฎีระบบ (System theory) ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการนำปัจจัยการอุดพั้นจากความทุกข์ยาก ร่วมกับกระบวนการการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement: CQI) ได้แก่ การวางแผน (Plan) การลงมือทำ (Do) การตรวจสอบงาน (Check) และการการปรับปรุง แก้ไข (Act) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีชีวิต ข้าพเจ้าได้ใช้เวลาในการขับเคลื่อนการดูแลด้วยวิธีดังกล่าวโดยการบูรณาการต่อยอดสู่งานวิจัย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนประสบความสำเร็จ ในโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่ง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ร. คือ "รัก รับฟัง รับรู้ และเรียนรู้" (นพรรช. วุฒิธรรม, 2554) โดย 2 ร.แรก เป็นคุณลักษณะของผู้ให้บริการ และ 2 ร.หลัง เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก

นักจิตวิทยาชาวเยอรมัน เป็นผู้เขียนหนังสือคิลปะแห่งความรัก (The art of loving) ได้กล่าวว่าความรักก็ต้องมีลักษณะ 2 ด้าน คือ ต้องมีทั้งการให้

และการรับ พฤติกรรมที่แสดงความรักต้องมีลักษณะ 4 ประการ ได้แก่ 1) ความเอาใจใส่ (Care) หมายถึง การให้การดูแลรักษา ทะนุถนอม เอื้ออาทรผู้ที่เรารักให้มีชีวิต ให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ทั้งทางด้านการกระทำและคำพูด 2) ความรับผิดชอบ (Responsibility) เป็นการกระทำที่แสดงออกด้วยความสมัครใจ เป็นการตอบสนองความต้องการของเพื่อนมนุษย์หรือคนที่เรารัก พร้อมที่จะทำทุกอย่างเพื่อคนที่รัก และพร้อมที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วย 3) ความนับถือ (Respect) คือ ความสามารถที่จะยอมรับผู้อื่นอย่างที่เขาเป็นอยู่ เคราะห์ในความคิดเห็นที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อ กัน 4) ความรู้ (Knowledge) และ ความเข้าใจ (Understanding) คือ ความรู้สึกลึกซึ้งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลให้ความสนใจในเรื่องของคนที่รัก ในลักษณะที่เขาเป็นอยู่ และสามารถเข้าใจเขาได้อย่างถ่องแท้โดยไม่เข้าข้างตัวเอง ความรู้ในลักษณะนี้คือ การมองอย่างเป็นกลาง (Fromm, 1962) นอกจากนี้ยังพบว่าการนำบัดดี้ภารกิจการล้มผัสด้วยการส่งส่านหนึ่งของการแสดงออกด้วยรัก ส่งผลทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดแดง (Hemoglobin) ในการนำพาออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา และรู้สึกอาการของโรคทุเลา (Dolores, 2008) สอดคล้องกับการแสดงออกของพยาบาลคือการล้มผัสด้วยความรัก จะเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกห่วงใยและเอ้าใจใส่ต่อผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกในความมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นเชื่อมั่น เกิดกำลังใจและความคาดหวัง และเกิดความเชื่อถือในตัวพยาบาล (Mullaney, et al., 2012) และสอดคล้องกับงานวิจัยของเครด (Craig, 2003–2010) ได้ศึกษาวิจัยหารุคลดอกก่อนกำหนดในสหราชอาณาจักรซึ่งมีปัญหาด้านการดูดกลืนและมีน้ำหนักน้อย โดยใช้วิธีการล้มผัสด วันละ 2–3 ครั้งต่อวัน ผลการศึกษาพบว่าการก้มการดูดกลืนได้ดี และน้ำหนักเพิ่มขึ้น ทำให้ลดระยะเวลาในโรงพยาบาล

2. การดูแลด้วยการฟัง

การฟังที่ถือว่าเป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่สำคัญต่อผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย ลักษณะการฟังอย่างใส่ใจ (Active listening) คือ ตั้งใจฟังต่อเนื่องหาสาระและความณ์ของผู้รับการปรึกษาที่แสดงออกมา (L-A-D-D-E-R) หมายถึง

L=LOOK มองประسانสายตา ตั้งใจฟัง มีสติ และพยายามจับประเด็นสำคัญในปัญหาของผู้รับการปรึกษา

A = ASK ข้อถามในจุดที่สงสัยในประเด็นปัญหาและแ阁ะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับการปรึกษา

D = DON'T INTERRUPT ไม่แทรกหรืออัดจังหวะ ถ้าในกรณีผู้รับการปรึกษาพูดความโน้มที่ผู้ให้บริการใช้การสรุปประเด็นปัญหาเป็นช่วงๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ

D = DON'T CHANGE THE SUBJECT ไม่เปลี่ยนเรื่อง ให้แ阁ะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับการปรึกษาไปแต่ละประเด็น

E = EMOTION ใส่ใจการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาทั้ง Verbal และ Non-verbal

R = RESPONSE แสดงสีหน้า ท่าทางตอบสนอง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553; วชรี ทรัพย์มี, 2551)

3. การรับรู้ความสามารถตนเอง

จากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ班杜拉 (Bandura, 1997) ได้เสนอว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้นจะต้องเกิดจากความเชื่อในความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย

3.1 ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (Mastery experience) การที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นที่จะต้องฝึกให้ผู้รับบริการมีทักษะเพียงพอและมีประสิทธิภาพที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้รับรู้ว่ามีความสามารถจะกระทำเข่นนั้น

3.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) การ

ที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกระทบที่พึงพอใจจะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าผู้ใช้บริการจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าได้พยายามด้วยใจที่มุ่งมั่น ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่ามีความสามารถที่จะทำได้

3.3 การใช้คำพูดจุงใจ (Verbal persuasion) การใช้คำพูดจุงใจให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกันโดยรอบที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

3.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน

4. การเรียนรู้ร่วมกัน (Learning)

การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีกระบวนการเรียนรู้ตามลำดับ (อาการณ์ ใจเที่ยง, 2553) ดังนี้

1. การรับรู้ (Perception) หมายถึง การที่ผู้รับ รับเอาข้อมูลที่สารและองค์ความรู้ต่างๆ จากแหล่งความรู้ต่างๆ โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า การรับรู้ของบุคคลจะมากน้อยมีประสิทธิภาพเพียงใด จะสัมพันธ์กับกระบวนการถ่ายทอดความรู้หรือข้อมูลที่สารซึ่งสื่อจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการช่วยถ่ายทอดบุคคลจะรับรู้ได้เร็วจากการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม ตามขั้นตอนได้แก่

ร้อยละ 10 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้อ่าน
ร้อยละ 20 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้ฟัง
ร้อยละ 50 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้ยิน
ได้เห็น

ร้อยละ 70 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้พูดหรือเขียน

ร้อยละ 90 บุคคลจะเรียนรู้ได้ต่อในสิ่งที่ได้พูดและได้ทำกิจกรรมนั้น

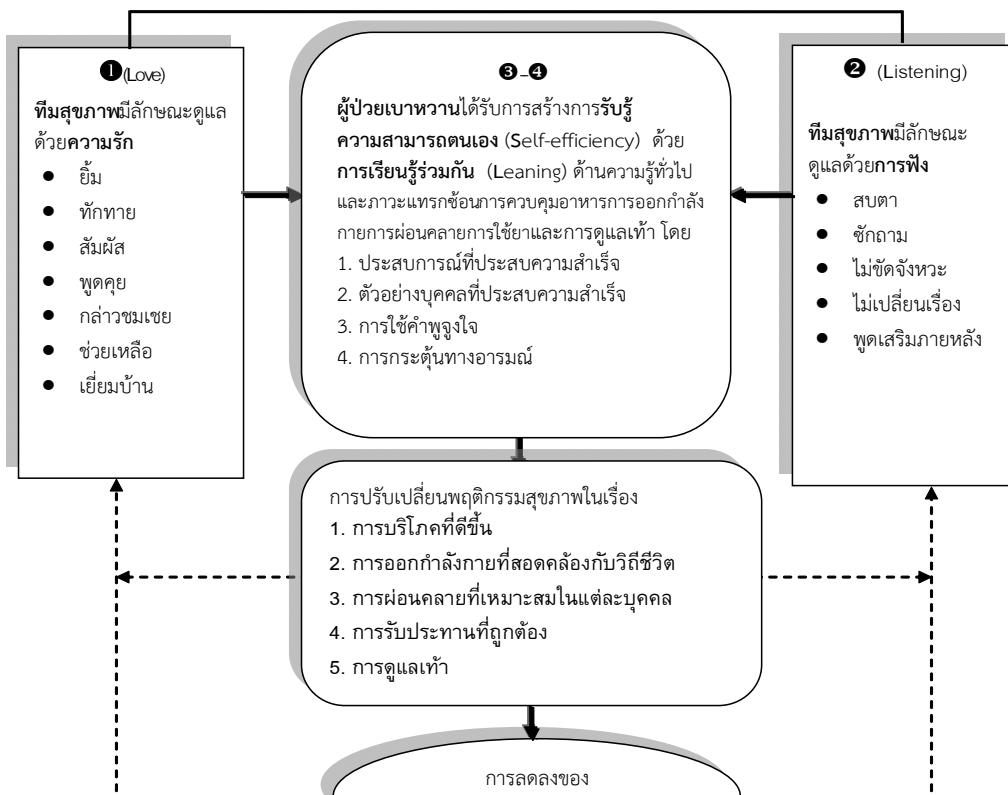
2. ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง การที่ผู้รับสารสามารถแปลความหมาย ต่อความหรือสรุป ความสำคัญ ในสิ่งที่รับรู้ได้ เกิดการเชื่อมโยงประสบการณ์หรือความรู้ใหม่กับความรู้เก่า สามารถที่จะโยงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับรู้และสามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผลประกอบ

3. การปรับเปลี่ยน (Transformation) หมายถึง การที่บุคคลนำเอาความเข้าใจที่เกิดจากการรับรู้มาสร้างแบบแผนในพฤติกรรมของตนเองขึ้น

กล่าวโดยสรุป กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ผู้เขียนได้สังเกตและเรียนรู้จากประสบการณ์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องแสดงคุณลักษณะการดูแลผู้ป่วยด้วยรักประกอบด้วย "ยิ้ม หักทาย พูดคุย สัมผัส ช่วยเหลือ และกล่าวชมเชย" การดูแลผู้ป่วยด้วยการรับฟัง ได้แก่ "สบตา ซักถามประเด็น สงสัย ไม่ขัดจังหวะ ไม่เปลี่ยนเรื่องคุย และพูดเสริมภัยหลัง" บันทึกฐานขององค์ความรู้ และมีทักษะการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ด้วยการเรียนรู้ร่วมกัน (Learning) ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงหรือใกล้เคียงปกติโดยคำนึงถึงบริบท วิถีชีวิต บันทึกฐานของความเข้าใจความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังแผนภูมิ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคนิค "รัก รับฟัง รับรู้ และเรียนรู้ (LLSL)"



กรณีตัวอย่าง เรื่องเล่า (Telling story)

พยาบาลคนหนึ่ง เดินมาบอกรู้ว่าอาการเห็นอยู่ห้องเล่าว่า "มันน่ารื้อป่านจริงๆ หนูสงสารเขามากเลย" ชายไทยนามสมมติลุงแสงอายุ 48 ปี มีประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวานพยาบาลงานผู้ป่วยนอกได้ส่งต่อข้อมูลไปยังคุณย์เยี่ยมบ้าน (Home Health Care) จากการทบทวนข้อมูลพบว่าลุงแสงมีประวัติขาดยามา 2 ปี มีผลต่ixa ข่าวบวมแดงด้วยสาเหตุสัมภาระแทกพื้นลุงแสงเคยมาอนพักรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ด้วยแพลงที่บวมแดงที่ขา มีน้ำเหลืองไหลซึมตลอดเวลา ลุงแสงและครอบครัวขอรับบ้านก่อนแพทย์อนุญาตเพื่อต้องการไปดูแลตัวเองที่บ้าน พยาบาลผู้ป่วยได้ประสานงานและส่งข้อมูลต่อกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ทีมพยาบาลได้ออกไปเยี่ยมบ้านลุงแสง ได้ทำแพลงและสอนให้ญาติทำแพลงลุงแสง ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ออกดูแลลุงแสง ประมาณ 2-3 ครั้ง วันหนึ่งลุงแสงมาโรงพยาบาลอีกครั้งด้วย อาการไข้สูง หนาวสั่น แพลงที่ขาขวา มีน้ำเหลืองไหลเยิ่ม เจ้าเดือดดูดูดับน้ำตาลในเลือด 389 mg/dl แพทย์วินิจฉัย R/O DM with Cellulites Right leg with Septicemia และมีภาวะ Hyperglycemia with shock แพทย์ส่งต่อและบอกผู้ป่วยว่าจะต้องตัดขา ลุงแสงน้ำตาลไปดูแลตัวเองที่บ้าน และแพลงครอบครัวลุงแสงได้ลงนามไม่สมควรใจอน โรงพยาบาล ทีมเยี่ยมบ้านชี้มีพยาบาลห้องคลอดเป็นส่วนหนึ่ง ได้มามาเล่าให้ข้าพเจ้าฟัง และบอกว่าหัวหน้าครัวจะไปดูลุงแสงเอง วันรุ่งขึ้นในช่วงบ่าย แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้ป่วยมาตรวจน้อยลง ข้าพเจ้าได้ชวนเพื่อนร่วมวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ หัวหน้างานผู้ป่วยใน พยาบาลห้องชุกเฉิน และพยาบาลกายภาพบำบัด โดยขออนุมัติรถของโรงพยาบาลเข้าไปเยี่ยมบ้านลุงแสง ประเด็นที่ได้พบลุงแสงยิ้มยกมือให้หัวพวกรวดด้วยความดีใจ และพูดว่าขอบอกมาหามา彷มถึงบ้าน ข้าพเจ้ามองไปที่ตัวผู้ป่วยมีแพลงที่ขาข้างขวาตั้งแต่เข่า เกือบถึงข้อเท้า แพลงแดง มีน้ำเหลืองไหลซึมและสะเก็ดน้ำเหลืองปกคลุมผู้ป่วย ไม่สามารถเดินเองได้ต้องใช้

ไม่คำเดินเมื่อมองไปรอบๆ บ้าน พบว่าเป็นบ้านลุงแสงบ้านเป็นกระตือบหลังคามุงด้วยสังกะสีที่เป็นสนิมเก่าๆ ถ้าฝนตกลงแรงและครอบครัวคงนอนไม่ได้พื้นเป็นดินเต็มไปด้วยขยะ และถุงพลาสติกวางอยู่เรียงรายที่นอนเก่าขาดและมีคราบไคลสีเทาปนดำคาดว่าไม่เคยทำความสะอาดด้วยเศษไม้เบิกซึ่งเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค จากการพูดคุยลุงแสงมีความขัดแย้งกับบิดาของภาระผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อาศัยอยู่ในที่ของบิดาภาระอยู่ด้านหน้าติดกับถนน บิดาภาระต้องการให้บ้านพังจึงได้ย้ายไปอยู่ด้านหลังภาระต้องออกไปรับจ้างรายวันได้วันละ 150 บาท หากหยุดงานจะไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันไม่สามารถพ่อป่วยมาทำแพลงหรือรับยาได้ ทำให้ลุงแสงไม่ได้รับประทานยาลุงแสงมีบุตรสาว 1 คน ต้องไปโรงเรียนมีรถจักรยานยนต์ 1 คัน มารดาใช้ไปส่งบุตรสาวและไปทำงานกลับถึงบ้านก็มีเด็กแล้ว และเป็นเช่นนี้ทุกวันมีปัญหาโรคซึมเศร้าชอบตื้กตามากในบ้านมีตີกตาเก่าๆ อยู่ตัวหนึ่งเป็นสัญลักษณ์แทนบุตรสาว เพราะเดิมมีอาชีพขับรถบรรทุกเวลาเดินทางไกลจะนำตີกตาขึ้นห้องรถเสมองว่าลูกสาวหรือตີกตาจะมีความสุขมากที่มีงานทำแพลงให้ลุงแสงพร้อมกับให้กำลังใจและครอบครัวขณะนี้รถกลับโรงพยาบาลไม่มีเสียงพูดใดๆ จากที่มีงานในใจคิดว่า ยังมีคนทุกชีวิตรักษาดูแลอยู่ในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาล พวกร้าวไม่ได้นั่งนอนใจนำเรื่องนี้ไปรักษาที่มีดูแลป่วย ผู้อำนวยการจัดรถรับส่งทำแพลงให้ที่บ้านวันละ 2 รอบ และสั่งให้พนักงานสนับปันรถเบ้าหวานให้ลุงสนใจนอกเวลา และที่มีงานทุกคนทำด้วยความเต็มใจ แพลงลุงแสงดีขึ้นตามลำดับและไม่ต้องตัดขาในที่สุดด้วยความพยายามของตัวลุงแสงเองด้วยการควบคุมอาหารด้วยการเพิ่มผักให้มากขึ้น การออกกำลังกายด้วยการแข่งขัน การผ่อนคลายด้วยการดูทีวีและสอดมโนต์การใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลเท้าโดยครอบครัวมีส่วนร่วม นอกจากนี้ที่มีงานได้ประสานกับเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเครือข่ายเหล่านี้ได้ช่วยกันพัฒนาด้วยกันบิดาของภาระและร่วมกันสร้างบ้านโดยใช้งบประมาณของชุมชนช่วยชุมชน และย้ายบ้านไปอยู่ด้านหลังกระบวนการเหล่านี้เป็นการบริการด้วยใจและการมีส่วนร่วมที่เป็นเครือข่ายในชุมชนบ้านบ้านลาดที่จะเยียวยามนุษย์คนหนึ่งที่เป็นโรคเบาหวาน และเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ส่งผลให้ลุงแหงและครอบครัวอยู่กับโรคเบาหวานอย่างมีความสุข และเป็นตัวอย่างของผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานอื่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฝ่าฝนคลาย การใช้ยา และดูแลเท้า นอกจากนี้ การบริหารจัดการของเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านบ้านลาดยังได้ถูกเผยแพร่และเป็นตัวอย่างแก่เครือข่ายอื่นอีกด้วย

กล่าวโดยสรุป ประสบการณ์ทางการในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เป็นคุณลักษณะของคนในสังคมไทยที่เป็นมรดกตกทอดมาถึงปัจจุบัน เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่มีอยู่ในตัวของบุคคลซึ่งเป็นผู้ให้บริการ เพียงแค่ปรับเปลี่ยนใจของความเป็นมนุษย์มาใช้ในงานประจำ ทั้งด้านความคิด การพูด และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเข้าใจความทุกข์ยาก การได้พูดคุย การให้กำลังใจ การอธิบายในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการรู้ ในฐานะที่เป็นตัวเข้าสอดคล้องกับความเป็นอยู่และวิถีชีวิต ดังนั้นกระบวนการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ควรเริ่มตั้งแต่การเป็นนักศึกษาพยาบาล เป็นการสร้างความเข้าใจในความทุกข์ยากของผู้ป่วย เพราะลักษณะเหล่านี้เป็นลักษณะของพยาบาลที่พึงประสงค์ และสอดคล้องวัฒนธรรมที่เป็นเลิศ ของมหาวิทยาลัยคริสตเดียน คือ บริการด้วยรอยยิ้ม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มือการให้การบริการชุมชนรส. นนทบุรี. บริษัทบีเยอนด์ พับลิลซิชจำกัด.
- โภมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2552). Humanized health care คืออะไร. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2560 จาก <https://www.gotoknow.org>.
- คณะกรรมการการพัฒนาเครือข่ายกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). แผนพัฒนาเครือข่ายกิจและสังคมแห่งชาติ. ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555–2559). กรุงเทพฯ : คณะกรรมการการพัฒนาเครือข่ายกิจและสังคมแห่งชาติ.
- นพรัช วุฒิธรรม. (2554). ศึกษาการวิจัยสร้างยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยเทคโนโลยี "รัก รับฟัง รับรู้และเรียนรู้ (LLSL)" คลินิกเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลบ้านบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. ดุษฎีนิพนธ์ มหा�วิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. พยาบาลสาร. 38(3) : 146–147.
- นราayan ชีวังกร. (2555). Humanistic Care หรือ การบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2560 จาก <http://www.flipbooksoft.com>.
- ประเวศ วงศ์. (2552). ปฏิสูติยาภัยรัติยศสามารถนิมนานนิตย์. กรุงเทพฯ : บริษัทบีร์โนโซนจำกัด.
- วชรี ทรัพย์มี. (2551). ทฤษฎีให้บริการบริการชุมชนรัฐที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี. (2557). บริการสุขภาพแบบไทย : เข้าใจความเป็นมนุษย์.
ราชบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.
- สุกัญญา คิริสาภรณ์และ อารีย์วรรณ อ้วมตาณี. (2557). "ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์". วารสารพยาบาลทั่วไป. 15(2) : 1-9
- สุนี วงศ์คงคาเทพ. (2550). รายงานวิจัยประเมืองผลผู้เรียนกับการสอนแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ : กองพิมพ์.
- สุทธานันท์ กัลกาน และพกสารณ์ อุ่รวรรณ. (2556). "การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ : การเรียนรู้ตามสภาพจริงในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ". รามาธิบดีพยาบาลสาร. 19(2) : 159-169.
- ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล. (2554). "การพัฒนาฐานแบบเครื่องข่ายจิตเวชด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก". วารสารกองการพยาบาล 38(1) : 16-30.
- อนุวัฒน์ ศุภษาติกุล. (2551). เลื่อนไหล เลี้ยงเหลาเจาะลึก. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อาภรณ์ ใจเที่ยง. (2553). หลักการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โอดีเยนส์.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : W.H. Freeman.
- Craig, W. (2003-2010). *Touch Therapy: A Review of the Health Benefits of the Health Benefits of Human Touch*. Abstract.
- Fromm, E. (1962). *The Art of Loving*. New York : Harper & Row Publishers.
- Mullaney, T. et al., (2012). "Thinking beyond the Cure : A Case for Human-Centered Design in Cancer Care". *International Journal of Design*. (6) : 27-39.
- Nightingale, Florence. (1992). *Notes on Nursing*. Philadelphia : J.B. Lippincott.



บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

The Roles of Nurses in Preventing Postpartum Hemorrhage

ดร.กมลทิพย์ ชัลังธรรมเนียม*

บทคัดย่อ

การตกเลือดในระยะหลังคลอดเป็นสาเหตุ การตายของมารดาทั่วโลก สาเหตุของการตกเลือด หลังคลอดมักเกิดจากการหดรัดตัวของมดลูกที่ไม่ดี การมีรากด้าง การฉีกขาดของช่องทางคลอด การแข็งตัว ของเลือดผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้เกิดการ สูญเสียเลือดปริมาณมากน่ามาสู่ภาวะช็อก การตัดมดลูก หรือเสียชีวิตของมารดาได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังและ ป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสิ่งที่ สำคัญสำหรับพยาบาล เพราะถ้าช่วยเหลือได้ทันจะลด อันตรายที่จะเกิดกับมารดาได้

Abstract

Postpartum hemorrhage is an important cause of maternal mortality. Common causes of PPH include failure of the uterus to contract adequately after birth (atonic PPH), trauma to the genital tract and bleeding due to retention of placental tissue and failure in the coagulation system. This resulted in the loss of blood volume brings to shock hysterectomy or death of the mother. So the surveillance and prevention of postpartum hemorrhage, it is important for nurses if early to help it reduce dangerous to mothers.

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage : PPH) หมายถึง การที่มารดาไม่เลือดออกหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในรายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (WHO, 2012) จากสถิติขององค์กรอนามัยโลกพบ การตกเลือดหลังคลอดประมาณ 2% ของมารดาที่คลอดบุตร แต่พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกถึง 1 ใน 4 และยังคงพบอุบัติการณ์มากกว่าในกลุ่มประเทศที่ยังไม่พัฒนาเนื่องจากขาดแคลนทรัพยากรในการดูแลรักษา (WHO, 2012) ซึ่งการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่สามารถดำเนินการล่วงหน้าได้ร้อยละ 90 ของมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดไม่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงใดๆ อุบัติการณ์ของประเทศไทย มีการตกเลือดหลังคลอดในอัตราที่เพิ่มขึ้น เช่น การตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณภาพแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 – 2553 พบประมาณร้อยละ 1-2 ของการคลอด (โฉมพิลาศ จงสมชัย, 2553) สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่มาจากการหดตัวของมดลูกไม่ดีหลังคลอดจากสาเหตุต่างๆ เช่น การเจ็บครรภ์คลอดที่บวบบาน กلامเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมากกว่าปกติ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวโต เป็นต้น มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด รากค้าง จากการทำคลอดและช่วยคลอดไม่ถูกวิธีและการมีปัญหาเกี่ยวกับกลไกการแข็งตัวของเลือด (Lale Say, et.al, 2014) ซึ่ง การตกเลือดหลังคลอดทำให้เกิดภาวะสูญเสียเลือดปริมาณมากนำมลภาวะเกิดภาวะซอก เมื่อมีการเสียเลือดมากทำให้ขาดเลือดไปเสียต่อม ได้สมองส่วนหน้า ส่งผลให้การหล่อซอร์โนไมเนฟติกทูนิคลดลงก่อให้เกิดภาวะชีชานชินโดยรวม ทำให้เต้านมเที่ยว ไม่มีประจำเดือน จนที่รักแร้และหัวหน่าร่วง หากควบคุมการตกเลือดไม่ได้ แพทย์อาจต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการสูญเสียเลือดหรือถ้าไม่สามารถควบคุมการสูญเสียเลือดได้อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต (WHO, 2000)

ดังนั้นวิธีการป้องกันภาวะการตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญสำหรับพยาบาล เพราะถ้าพยาบาลสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด จะทำให้มีการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของมารดาและครอบครัว ซึ่งจะมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการตกเลือดหลังคลอดได้

การตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early post-partum hemorrhage) เป็นการที่มารดาสูญเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดที่มีปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตรหรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักมารดาหลังจากลิ้นสูตระยะที่ 3 ของการคลอดหรือการสูญเสียเลือดที่ทำให้ความเข้มข้นของเลือดลดลงร้อยละ 10 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (WHO, 2012) ซึ่ง การตกเลือดหลังคลอดแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) การตกเลือดหลังคลอดทันที (Early or immediate PPH) หมายถึง การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ 2) การตกเลือดหลังคลอดภายหลัง (Late or delayed PPH) หมายถึง การตกเลือดหลังจากคลอด 24 ชั่วโมง จนถึง 6 สัปดาห์ หลังคลอด (โฉมพิลาศ จงสมชัย, 2553)

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นได้บ่อยภายหลังคลอดและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาโดยเฉพาะการสูญเสียเลือดจนเกิดภาวะซ็อกตัดมดลูกหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมาจากการ 4T (Tone Tissue Trauma และ Thrombin) (Leduc, D., Senikas, V., & Lalonde, A., 2010: สุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2555) ได้แก่

1. Tone หมายถึง ความผิดปกติในการหดตัวของมดลูก เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 70 ของภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด

ซึ่งถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่ได้ทำให้มีการเลี้ยงเลือดมาก ปกติหลังจากที่รักคลอดแล้วจะมีเลือดออกที่ตำแหน่งรากเกา ร่างกายมีกลไกที่จะหยุดเลือดที่ออกหันที่โดยการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก จะทำให้เล้นเลือดต่างๆ ที่อยู่บริเวณรากเคยภาวะมีการหดรัดตัวเพื่อให้เลือดหยุดไหล ถ้ามดลูกไม่หดรัดตัวหรือหดรัดตัวไม่ดี จะทำให้ตกลงคลอดได้ ซึ่งการที่มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

1.1 การยืดขยายตัวของกล้ามเนื้อมดลูกมากกว่าปกติ เช่น ทางรัตต์โต ครรภ์แผล ครรภ์แผลน้ำ การตั้งครรภ์หลายครั้ง เป็นต้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด

1.2 ความผิดปกติของมดลูก เช่น เนื้องอกของมดลูก โดยเฉพาะเนื้องอกในโพรงมดลูก จะทำให้เกิดการขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก หรือมีภาวะมดลูกแตก หรือมดลูกบล็อก มีผลทำให้เกิดการตกลงคลอดหลังคลอดได้

1.3 กล้ามเนื้อมดลูกอ่อนแรง เช่น การคลอดบุตรหลายคน (Grandmultipara) ทำให้ผนังมดลูกบางไม่แข็งแรง จึงเป็นเหตุให้เกิดการตกลงคลอดได้ การคลอดเร็ว (Precipitated labour) กระบวนการคลอดที่สั้นสุดภายในระยะเวลา 2-3 ชั่วโมง ทำให้มดลูกลดขนาดเร็วเกินไป เป็นเหตุให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด การเจ็บครรภ์คลอดยานาน (Prolonged labour) ทำให้ผู้คลอดอ่อนเพลีย ความตึงตัวของมดลูกลดลง ไม่สามารถหดรัดตัวเพื่อห้ามเลือดได้ โดยเฉพาะบริเวณที่รักเคยเกะอยู่ การได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ในระหว่างการคลอด หลังจากทารกเกิดแล้วหากหยุดให้ยาเร็วเกินไปหรือยาหมดฤทธิ์เร็วเกินไปก็จะทำให้มดลูกคลายตัว เกิดการหดรัดตัวไม่ดีภายหลังการคลอดได้

1.4 กระเพาะปัสสาวะเต็ม ทำให้ขาดช่วงต่อการหดรัดตัวของมดลูก

2. Tissue หมายถึง การเหลือค้างของผลผลิตจากการตั้งครรภ์ เช่น ราก เยื่อหุ้มทารกพบได้

ประมาณร้อยละ 10 ของภาวะตกลงคลอดทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดรากค้าง คือ ผู้ที่คลอดพยาمامจะเร่งทำคลอดรถ โดยการบีบหรือนวดมดลูกซึ่งไปรบกวนต่อกลไกการลอกตัวของรากทำให้รากอาจลอกตัวเพียงบางส่วน หรือผู้คลอดที่ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก บางครั้งทำให้มดลูกหดรัดเกarrings ปิดกั้นไม่ให้รากลอกตัวหลุดออกจากมา หรือมีรากผิดปกติ เช่น รากน้อย ซึ่งรากส่วนใหญ่จะลอกตัวหมดแต่ถ้าทำคลอดรถผิดวิธีแล้ว แม้จะมีการตอกค้างของรากน้อยได้ สายสะตือชาด เป็นต้น ทำให้รากยังคงค้างอยู่ในโพรงมดลูกเกิดปัญหาการตกลงคลอดได้

3. Trauma หมายถึง การบาดเจ็บหรืออันตรายที่เกิดกับช่องทางคลอดและอวัยวะสีบัพันธุ์ พบเป็นสาเหตุได้ประมาณร้อยละ 20 ของภาวะตกลงคลอดทั้งหมด การฉีกขาดของช่องทางคลอดและปากมดลูก (Trauma) อาจมีสาเหตุมาจากการใช้สูติศาสตร์หัตกรรม เช่น การทำคลอดโดยการใช้คีมหรือเครื่องดูดสูญญากาศ และจากการศึกษาของ Johanson และ Menon (1999) ยืนยันว่าการใช้เครื่องดูดสูญญากาศช่วยคลอด ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อช่องทางคลอดน้อยกว่าการใช้คีมช่วยคลอดอย่างมีนัยสำคัญ (Odds ratio (OR) 0.41, 95% Confidence interval (CI) 0.33 – 0.50) หรือ การฉีกขาดช่องทางคลอดเกิดจากการหมุนคีมในการทำคลอด คลอดเร็วหรือคลอดยาวนาน เป็นต้น โดยบางรายอาจเกิดการฉีกขาดลึกเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างในทำให้เลือดมากได้ หรือการฉีกขาดของช่องทางคลอดและปากมดลูกบางครั้งอาจพบเป็นก้อนเลือด (Puerperal hematoma) ซึ่งอาจพบที่ปากช่องคลอดขยายไปในช่องคลอดหรืออกไปด้านข้างของช่องคลอด หรืออาจเชื่อมไปอยู่ใต้เยื่อบุช่องท้อง

4. Thrombin หมายถึง ความผิดปกติของเกล็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือด พบร้อยมากประมาณร้อยละ 1 ของภาวะตกลงคลอดทั้งหมด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือมีภาวะโรคเลือดไม่ว่าจะเป็นเกล็ดเลือดต่ำ หรือมีปัจจัย

ในการเข็งตัวของเลือดผิดปกติ อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของรากลอกตัวก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ภาวะติดเชื้อในเลือดอย่างรุนแรง ในกรณีที่ได้รับการตรวจพบว่า มดลูกมีการหัดรัดตัวดี ไม่มีรักด้างรวมทั้ง ได้ตรวจช่องทางคลอดแล้วว่า ไม่มีการฉีกขาด ที่มีสุขภาพควรดำเนินถึงประเด็นความผิดปกติของเกรดเดียวกัน เนื่องจากเป็นการตรวจประเมินเลือดออกมากทางคลอด ซึ่งคลอดปริมาณมากอย่างชัดเจนและวินิจฉัยแล้วว่าเกิดภาวะตกเลือด ที่มีสุขภาพต้องรับดันห้าสاعทุนที่ และสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด 2 อันดับแรกก่อน คือ การหัดรัดตัวของมดลูกไม่ดี และการฉีกขาดของช่องทางคลอด (นีรพงศ์เจริญวิทย์ และคณะ, 2551)

อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด

อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอดที่พบได้บ่อยในมารดา ซึ่งพยาบาลสามารถที่จะประเมินอาการได้ (สุกัญญา บริสุกัญญา และนันเพท แวนคิริพันธ์, 2550; สุรัตน์ ยิ่มแม้ม, 2555) ประกอบด้วยการมีเลือดออก ซึ่งอาจมีเลือดออกไหหลอกอกรมาให้เห็นทางช่องคลอด หรือคั่งค้างอยู่ภายในช่องทางคลอดดี ในรายที่มีเลือดออกมาให้เห็นอาจมีลักษณะไหหลีม หรือไหหลุ่งออกม่า ส่วนที่ขึ้นอยู่ในโพรงมดลูกหรือช่องคลอดมักจะไม่ไหหลอกอกรมา แต่เมื่อกระตุ้นมดลูกให้เข็งแล้วก็ได้เลือดก็จะมีเลือดไหหลอกมาจำนวนมาก การณ์มดลูกหัดรัดตัวไม่ดี เลือดที่ออกจะเป็นสีคล้ำและมีลิ่มเลือดปน การณ์มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด เลือดที่ออกจะเป็นสีแดงสด และ

หากมีการฉีกขาดของหลอดเลือดฟอย เลือดจะไหหลีมออกมาเรื่อยๆ และถ้ามีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงฟอย เลือดจะพุ่งแรงตามจังหวะของชีพจร และไหไม่หยุดเม้มดลูกจะหัดรัดตัวเข็ง ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการประเมินเลือดที่ออกม่าให้ชัดเจน อาจใช้วิธีการวัดปริมาณเลือด เช่น การประมาณด้วยสายตา (Visual estimation) การวัดปริมาณเลือด (Direct measurement) การวิเคราะห์ด้วยการซั่งน้ำหนัก (Gravimetric) การใช้หลักทางแสง (Photometry) และวิธีอื่นๆ เช่น การวัดค่าไฮมาโดยคริติที่เปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะสามารถประเมินได้ว่ามารดาหลังคลอดอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการตกเลือด หรือตกเลือดหลังคลอดแล้ว เช่น จากการศึกษาของ รสสุคนธ์ จันทร์ดาประดิษฐ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2015) พบร่วมปริมาณเลือดที่ประเมินโดยการใช้ถุงพลาสติกแผ่นพิล์มมากกว่าปริมาณเลือดที่ได้จากการประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อาการแสดงของการเลือดเลือด ได้แก่ ชีดเหงื่ออออก ชีพจรเร็ว หายใจหอบ ความดันโลหิตต่ำกว่า $90/60 \text{ mmHg}$ ใจสั่น ตัวเย็น รู้สึกกระหายหน้าร้อนและหายใจเร็ว แต่ต่อไปจะหายใจลำบาก มีอาการหนาสัน เมื่อจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง อาจจะมีปัสสาวะน้อยลง ถ้าอาการรุนแรงอาจซื้อก ไม่รู้สึกตัวและอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งปริมาณเลือดที่เสียไปจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตและการแสดงดังตาราง (ทิพวรรณ เลิยบลือตระกูล, 2557)

ปริมาณเลือดที่เสีย	ความดันโลหิต		อาการและอาการแสดง	ภาวะซึ่งออก
	ร้อยละ	มิลลิลิตร		
10 – 15	500-1,000	ปกติ	ใจสั่น มีนง ชีพจรเร็ว	ยังชดเชยได้
15 – 25	1,000-	ลดลงเล็กน้อย	อ่อนแรง เหงื่ออออก	น้อย
	1,500	80 – 100	ชีพจรเร็ว	
25 – 35	1,500-	ลดลงปานกลาง	กระสับกระส่าย ชีด	ปานกลาง
	2,000	70 – 80	ปัสสาวะออกน้อย	
35 – 45	2,000 -	ลดลงมาก	ระบบไหลเวียนและหายใจ	รุนแรง
	3,000	50 – 70	ล้มเหลว ไม่มีปัสสาวะ	

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการตกลงคลอด

การป้องกันการตกลงคลอด เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับพยาบาล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงของมารดา และให้การพยาบาลช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงหรือภาวะการตกลงคลอดได้อย่างทันท่วงที พยาบาลควรมีบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการตกลงคลอด ดังนี้

1. ระยะตกลงคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด เป็นภาวะวิกฤตที่พยาบาลจะต้องให้การประเมินและเฝ้าระวัง เพราะจะเป็นระยะที่ซักน้ำให้เกิดการตกลงคลอดในระยะหลังคลอดได้ โดยพยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

- 1.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการตกลงคลอด โดยพยาบาลประเมินได้จากประวัติการตั้งครรภ์และเจ็บป่วยในอดีต เช่น มีประวัติตกลงคลอดในครรภ์ร่วมกับการคลอดครั้งก่อน เดียผ่าตัดคลอดหรือมีแพลผ่าตัดที่มดลูก เดียผ่าตัดเนื้องอกที่มดลูกหรือมีเนื้องอกที่มดลูกยังไม่ได้รับการผ่าตัด มีประวัติรากค้างในการคลอดครั้งก่อน มีประวัติเป็นโรคเลือด เช่น การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เกร็ดเลือดต่ำ โรคตับ เป็นต้น และประวัติการตั้งครรภ์และเจ็บป่วยปัจจุบัน เช่น ตั้งครรภ์แฝด ตั้งครรภ์ครึ่งที่ 4 ขึ้นไป มีภาวะโลหิตจาง ค่าความเข้มข้นของเลือด < 33% ตั้งครรภ์แฝดหรือตรวจพบหารมีขนาดใหญ่ มีภาวะรากເກะต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น กรณีที่พบความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ควรมีการเฝ้าระวังและมีการดูแลอย่างใกล้ชิด

- 1.2 การดูแลในระยะหลังคลอด พยาบาลจะต้องมีการใช้ Pantograph เพื่อติดตามการเจ็บครรภ์คลอดและประเมินว่ามีการเจ็บครรภ์คลอดที่ไหน (Prolonged labour) หรือการคลอดเร็วกว่าปกติ (Precipitate labour) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้คลอดอ่อนแพลีย การหดรัดตัวของมดลูกอ่อนกำลังลงไม่สามารถหดรัดตัวเพื่อห้ามเลือดได้ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีการฟังเสียงหัวใจทารกสม่ำเสมอ สังเกตเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอดพร้อมจะแก้ไขได้เมื่อเกิดความผิดปกติ

เช่น ในรายที่มีมดลูกแตก จะสามารถวินิจฉัยได้ทันท่วงทีจากการหดรัดตัวของมดลูกที่มากผิดปกติแล้วหายไปพร้อมกับหัวใจทารกเต้นช้าลงอย่างมาก เป็นต้น กรณีที่ผู้คลอดได้รับยาแก้ปวด ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกต้องมีการเฝ้าระวัง เพราะจะทำให้มดลูกคลายตัวเกิดการหดรัดตัวไม่ได้ภายหลังการคลอดได้

1.3 การดูแลในขณะคลอด พยาบาลต้องทำการคลอดปกติอย่างถูกต้องตามกระบวนการคลอด ช่วยคลอดโดยใช้มือการบัดเจ็บต่อช่องทางคลอดน้อยที่สุด และหลังการคลอด เมื่อตรวจพบว่ากลอกตัวสมบูรณ์แล้ว ควรทำความสะอาดให้ถูกวิธีโดยตรวจดูอาการและการแสดงของกลอกตัว หลีกเลี่ยงการบีบกดหรือกดมดลูกอย่างรุนแรง เพราะอาจทำให้เกิดความผิดปกติในการลอกตัวของราก และอาจทำให้เกิดรากค้างได้ มีการตรวจรากที่คลอดออกจากอย่างละเอียดเพื่อให้ทราบว่ารากคลอดครบหรือไม่ มีส่วนใดยังติดค้างอยู่ในโพรงมดลูก หรือเลี้นเลือดสายสะเดือลิ้นสูดก่อนถึงขอบราก หรือมีเลี้นเลือดต่อขยายไปเกินขอบรากหรือไม่ ซึ่งอาจมีรากน้อยเกิดขึ้นและค้างอยู่ในโพรงมดลูก แล้วทำให้เกิดการตกลงคลอดภายในช่องทางคลอดได้ ถ้าพบว่าส่วนใดของรากขาดหายไปหรือสัญญารากลวนกินที่ค้างอยู่ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที นอกจากนี้พยาบาลจะต้องทำการตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางคลอด แพลงบริเวณแพลงผีเสบ การฉีกขาดของปากมดลูก โดยจะพบว่ามีเลือดสดๆออกอย่างมากในขณะที่มดลูกหดรัดตัวดี หรือในรายที่มีการทำสูติศาสตร์หัตถการ พยาบาลต้องเฝ้าระวังและสังเกตการตกลงคลอดอย่างใกล้ชิดเมื่อมีการตกลงคลอดเกิดขึ้นจะได้ให้การดูแลทันท่วงที

1.4 การพยาบาล 2 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลควรมีการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกเป็นระยะๆ เมื่อมดลูกหดรัดตัวไม่ดี คลึงมดลูกจนเป็นก้อนกลมแข็งพร้อมกดได้ก้อนเลือดที่อาจค้างอยู่ในมดลูกหลังคลึงมดลูก เพื่อให้ก้อนเลือดออกจากทางช่องคลอด เป็นการลดเสี่ยงของการหดรัดตัวของมดลูก สังเกตการหดรัดตัวของมดลูกต่อไปอีก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกหรือบ่อยกว่านี้ เพื่อประเมินการทำงานที่ของมดลูก

ว่าเข้าสู่ภาวะปกติหรือไม่ และควรตรวจดูแลเพลฟีเย็บและเลือดที่ออกจากการคลอดว่ามีปริมาณที่เพิ่มขึ้นหรือไม่ พร้อมทั้งประเมินgrade ปัสสาวะถ้าเต็มจะขัดขวางต่อการหัดตัวของมดลูกดังนี้ควรสวนปัสสาวะออกให้หมด

2. แนวทางการดูแลในระยะการตากเลือดหลังจากคลอด 24 ชั่วโมง จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นระยะที่มารดาหลังคลอดพักพื้น แต่ก็สามารถที่จะเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ ควรมีการพยาบาลดังนี้

2.1 ประเมินการหัดตัวของมดลูกเป็นระยะๆ โดยการคลึงมดลูกจนเป็นก้อนกลมแข็งพร้อมกดไล่ก้อนเลือดที่อาจดังอยู่ในมดลูกหลังคลึงมดลูกเพื่อให้ก้อนเลือดออกทางช่องคลอด กรณีที่มดลูกหดตัวไม่ดีอาจใช้กระเบื้องสำลีเชิงร่องบันมดลูก แนะนำให้มารดาหลังคลอดคลึงมดลูกตลอดเวลา พยาบาลจะต้องเข้ามาประเมินการหัดตัวของมดลูก สังเกตลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพื่อประเมินความรุนแรงของการตกเลือด มีการตรวสอบเพลฟีเย็บว่ามีก้อนเลือด (Hematoma) หรือไม่ โดยต้องมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอต่อไปอีก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมง แรกหรือบ่อยกว่านี้ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของมดลูกว่าเข้าสู่ภาวะปกติหรือไม่ ถ้ามีมดลูกหดตัวไม่ดี เลือดออกทางช่องคลอดมาก ควรรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที

2.2 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพแรกรับในกรณีที่มารดาหลังคลอดมีภาวะเลี้ยงต่อการตากเลือด เช่น มีเลือดออกจากการคลอดมากกว่า 350 หรือมีประวัติที่เลี้ยงต่อการตากเลือด เช่น ครรภ์แฝด คลอดทารกตัวโต เป็นต้น ควรดูสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง กรณีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดควรประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกว่าจะปกติ หลังจากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมง เพื่อลดภัยการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติและให้การช่วยเหลือได้ทันที

2.3 ตรวจสภาพกระเพาะปัสสาวะทางท้องน้อย โดยดูแลให้มารดาหลังคลอดปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าพบว่ากระเพาะปัสสาวะเต็ม ให้กระตุ้นมาตราด้าให้ปัสสาวะด้วยวิธีการต่างๆ ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มถ่ายเองไม่ได้ รายงานแพทย์เพื่อทำการสวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างลดลงขัดขวางการหัดตัวของมดลูก มดลูกจะหดรัดตัวดีขึ้นอาการเลือดออกจะลดลง

2.4 ดูแลให้สารน้ำและยากระตุ้นการหัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ยาที่นิยมใช้ได้แก่ ไซโทซินอน (Syntocinon) เออร์กอตแอลคาโลïด (Ergot alkaloids) และโพรสตาเกลนดินลีน (Prostaglandins) หรือในการนี้ที่รายที่มีเลือดออกมาก ดูแลให้ได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด เช่น เพ็คเกรดเซลล์ (Pack red cell) ทดแทนตามแผนการรักษาและสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจาก การได้รับเลือด เช่น อาการแพ้ หนาแน่น เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

2.5 ส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด ควรดูแลให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย มีโปรตีน วิตามิน และชาตุเหล็อกลูน แนะนำให้สังเกตอาการถ้ามีเลือดสดๆ หลอกจากช่องคลอด หรือน้ำค้าปลาเปลี่ยนเป็นสีแดง ให้รับมาพบแพทย์ทันที และเน้นให้มารดาดามารดาตามนัดหลังคลอด และควรเว้นระยะการมีบุตร 1-2 ปี

สรุป การตากเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดถ้าพยาบาลสามารถประเมินภาวะการตากเลือดได้ทันจะสามารถลดภัยแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงของการเสียเลือด ลดภัยแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

เอกสารอ้างอิง

- โภมพิลาศ จงสมชัย. (2553). ภาวะตกเลือดหลังคลอด. *Srinagarind Med J.* 25(Suppl 1): 151–158.
- พิพวรรณ เลี้ยบลี่ตรากุล. (2557). แนวคิด หลักฐาน และการปฏิบัติ : ความปลอดภัยของการตั้งครรภ์ = safe motherhood: concepts, evidence and practices . กรุงเทพฯ : สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
นีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย อีโอไพรเจนกิจ, ศักนัน มະโนทัย, สมชาย ชนวัฒนาเจริญ และกระเช่น ปัญญา คำลีก. (2551). สูติศาสตร์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: บริษัทโอลิมปิก เอสเพรนติ้ง เยลล์.
รสสุคนธ์ จันทร์ดาประดิษฐ์ และ สร้อย อนุสรณ์ธีราก. (2558). "ประสิทธิภาพของการใช้ถุงพลาสติกแห่งฟลิม์ วัดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด". *ศรีนคินทร์เวชสาร.* 30(3) : 270–275.
- สุกัญญา บริสุกัญญา แลนนพพร แสนนคิริพันธ์. (2550). การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. เชียงใหม่:
โครงการทำราคและพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุลันหา ยิ่มเย้ม. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ในนันพพร แสนนคิริพันธ์ และ ฉวี เปาหวง (บรรณาธิการ). การพยาบาลดุPLICATION. เล่ม 3 : สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน.
เชียงใหม่ : ครองช่างพริ้นท์ติ้ง.
- Johanson RB, Menon V. (1999). Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. (CD000224).
DOI: 10.1002/14651858.CD000224.
- Lale Say, et al. (2014). "Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis ".
Lancet Glob Health. 2(6): e323–e333.
- Leduc, D., Senikas, V., & Lalonde, A. (2010). "Active management of the third stage of labour : Prevention and treatment of postpartum hemorrhage". *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* (108): 258–267.
- World Health Organization. (2000). *Managing complication in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors.* Retrieved November 10, 2018 from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/en/index.html.
- World Health Organization. (2012). *World Health Organization multicounty survey on maternal and newborn health.* Geneva.



คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน มีความยินดีที่จะขอเรียบเรียงอาจารย์นักวิชาการ ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน ทั้งนี้เป็นบทความที่ส่งมาให้พิจารณาต่อไปไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลังของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. ประเภทของผลงานวิชาการ

1.1 บทความวิจัย : เป็นรายงานการวิจัยทางการพยาบาล หรือวิชาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ

1.2 บทความวิชาการ : เน้นสาระความรู้เกี่ยวกับด้านพยาบาล การศึกษาการปฏิบัติงาน การพยาบาล การบริการทางสุขภาพ หรือ ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและสาขาวิชานั่นที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

2. การเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนจะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการและบทความวิจัย ดังนี้

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

2.2 ชื่อเรื่อง : ให้มีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นๆ และสื่อความหมายบ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

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

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 200 คำ

2.5 การอ้างอิงในเนื้อหา : ให้ใช้การอ้างอิงในรูปแบบนาม - ปี - เลขหน้า ดังตัวอย่าง (สมพันธ์ พิญชีระนันทน์, 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 ใช้เส้นคู่บันและล่างตารางไม่มีเส้นแนวนอน แสดงคอลัมน์ ดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการแปลผลค่าคะแนนความรู้เรื่องการบริจาคมูลิกิต และการรับรู้ความสามารถของตนเองอาสาสมัครด้านสุขภาพ ในการบริจาคมูลิกิต ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคมูลิกิต ($\text{ก} = 33$)

การแปลผลค่าคะแนน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคมูลิกิต				
ระดับมาก	1	3.03	28	84.85
ระดับปานกลาง	24	72.73	5	15.15
ระดับต่ำ	8	24.24	-	-
รวม	33	100	33	100
การรับรู้ความสามารถของตนเอง				
ระดับมาก	1	3.03	20	60.61
ระดับปานกลาง	28	84.85	13	39.39
ระดับต่ำ	4	12.12	-	-
รวม	33	100	33	100

2.8 การเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง : ใช้การอ้างอิงระบบเอปีเอ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

1) หนังสือ

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

2) บทความวารสาร

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

ราช โลพันธ์รัตน์. (2530). "เรื่องเสียงแหบ". วารสารพยาบาล. 5(6) : 216-226.

3) วิทยานิพนธ์

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

สมหมาย ถรวิทยาคม. (2547). ประสบการณ์การนอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโกรหีบประสาಥาลาออกในโรงพยาบาลเมตตาประชาธิรักษ์ (วัดไกรชิง). วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาระบบทารุษ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสตี้айн.

4) ข้อมูลออนไลน์บนอินเตอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง://(ปีที่พิมพ์).//ชื่อเรื่อง://[ประเภทลือ].//ลิบคัพเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์ สมคักก้า دلประสิกห์. (2544). ความสงสัยในการเดินหน้าปฏิรูปการศึกษา. [ออนไลน์]. สิบคัพเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2545, จาก [http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm/](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) บทความเห็นลือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ./"ชื่อบทความ".//ชื่อหนังลือพิมพ์ /:/ หน้า. จีกุฑี ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). "ข่าวไกลนา". สยามรัฐ : 3.

3. การส่งต้นฉบับและหลักเกณฑ์การประเมินบทความ

3.1 ผู้เขียนกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนำส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน และจะต้องชำระเงินเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินผลงานวิชาการ (Reviewer) ตามอัตราที่มหาวิทยาลัยกำหนด

3.2 กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหา และความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

3.3 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้ว พร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง ตามเวลาที่กำหนด

3.4 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

3.5 กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ ภายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

3.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์และมีการผลิตวารสารเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.7 ในกรณีที่บทความไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์กองบรรณาธิการวารสารฯ จะไม่คืนเงินตามข้อ 3.1

3.8 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน ถือเป็นกรรมสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสต์เตียน

3.9 ผู้เขียนที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดในคำแนะนำ หากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่า กองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ และส่งบทความได้ทางไปรษณีย์ หรือ email ตามที่อยู่ด้านล่างนี้

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***** นางชัญญรัตน์ หวานแท้ *****

144 หมู่ 7 ถนนพระประโคน – บ้านแพ้ว

ตำบลคอนยายห้อม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102-04 โทรสาร. 0-3427-4500

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

ตัวอย่างการเขียนบทคัดย่อบทความวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน^{*}
ในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาคร*

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

สำอางค์ ตันวิเชียร พยม.**

สมพันธ์ ทิญชีรีระนันท์***

ดร. ภรรณิกา ลุวรรณโคง***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาครที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความเห็นด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาคร วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรรัมประลิทซ์และฟาร์บัค มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับสรุปด้วยวิธีลักษณะที่ตัวประกอบหลักของสมรรถนะ หมุนแกนตัวประกอบในแบบขอเสนอ ด้วยวิธีเรวิมิกซ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตertiary จังหวัดสมุทรสาคร มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาความรู้ของทีมการพยาบาล 2) ด้านการประเมิน วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเบื้องต้น 3) ด้านการใช้เทคโนโลยี งานวิจัย นวัตกรรมเพื่อการลีส์สารอย่างมี紀ยธรรม 4) ด้านการให้คำแนะนำ ปฏิบัติการพยาบาล และเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และ 5) ด้านการพยาบาลหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยองค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 70.41

จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ในการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน

*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน

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.

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

สุภาพร เชยชิด*

บทคัดย่อ

กรดไขมันทรานส์เป็นกรดไขมันไม่อิมตัวที่เพิ่งได้ทั้งในธรรมชาติอยู่ในสัตว์คือวัวอึ่องและที่สำคัญเกิดจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมอาหารที่มีนุชย์ใต้ล้วง ซึ่งชื่อแมกจะพบในอาหารที่ส่วนประกอบหลักที่เป็นเนยเทียมหรือไขมันพืชที่ที่เรียกว่าชอร์ตเนนนิง (Shortenings) เนื่องจากไขมันชนิดนี้จะช่วยให้ขนมอบมีความแข็งแรงคงรูปมีความกรอบมากกว่า มีความเปราะน้อยกว่าและแยกชั้นได้ดี ส่วนอาหารทอดจะมีลักษณะผิวแห้งไม่เยิ่ม ไม่ติดมือไม่เหม็นหืนนึ่งทำให้เป็นที่นิยมในการผลิตขึ้นมาเพื่อจำหน่าย จากรายงานการศึกษาในคนพบว่าหากบริโภคนกรดไขมันชนิดทรานส์ในอาหารสูงพึงพอใจสามารถเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดไมดี (LDL-cholesterol) และลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL-cholesterol) ในเลือดได้ ซึ่งจะมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และจากการศึกษาพบได้ว่าอาหารในกลุ่มน้อมอบและอาหารทอดปัจจุบันล้วนเป็นอาหารที่กลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยบริโภคกันในปริมาณสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันที่สูงขึ้นด้วย นอกจากนั้นปัจจุบันพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอายุน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของเล้านเลือดและปัจจัยเลี้ยงต่อการเกิดโรคสามารถเริ่มดำเนินมาตั้งแต่ในวัยเด็กและต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการป้องกันโรคที่ดีที่สุดควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก ซึ่งควรได้รับการร่วมมือกันในการดำเนินการของผู้ปกครอง ครุยวิจัย 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 the palm 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

* อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เทียน

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.

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

เริ่มบัญทึก 1. (มกราคม - มิถุนายน) 2. (กรกฎาคม - ธันวาคม)

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น เงินสด ธนาณัติ ตัวแลกเงินไปรษณีย์

โอนผ่านธนาคาร

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ : 1. การสั่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณานำสั่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารสั่งจ่าย 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.....

avarstar เล่มแรกที่จ่ายไป.....

 มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม
อ.เมือง จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 0-3438-8555

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

 คณะคริสตศาสนาสาสตร์
71 ซอยวชิรธรรมสาธิต 37 ถนนสุขุมวิท 101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th