

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

901c7b13491d0a3f1444833fe92a223ca8edc2b070f59bfa937bd56e77cafb47

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564 Vol. 8 No. 2 July-December 2021

College of Nursing
Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564 Vol. 8 No. 2 July-December 2021

ISSN 2408-0934



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

Vol. 8 No. 2 July-December 2021 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา :

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย | สิงห์ช่างชัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.อะเคื้อ | อุณหเลขกะ |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ | อารีย์ |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ | เตชะบุญเสริมศักดิ์ |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี | อัศดรวิเศษ |
| 6. อาจารย์ ดร.เสาวนีย์ | กานต์เดชารักษ์ |

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ :

- | | | |
|--|--------------|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ | สิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา | ภูไพบูลย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา | จิระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ | มาลาธรรม | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ | กลัมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช | บุญยัง | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ | รวีวรกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร | คำผลศิริ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนนท์ | วรรณศิริ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ | นิมิตรอนันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก | ศรีทุมมา | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร | รุจนเวช | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 14. อาจารย์ ดร.ปณณนุช | พิมพ์ใจใส | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์บทความวิจัย (Research article) และบทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการและผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) กระบวนการประเมินคุณภาพนี้ ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบว่าผู้แต่งเป็นใคร และผู้แต่งจะไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ประเมินบทความของตน แบบ Double-blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตรงสาขาหรือเกี่ยวข้องกับสาขาไม่น้อยกว่า 2 ท่าน

นโยบาย (Open access policy)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีนโยบายในการเปิดให้ผู้อ่านวารสารทุกคนเข้าถึงบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ได้ทันทีเมื่อวารสารแต่ละฉบับจัดทำเสร็จสมบูรณ์ เพื่อให้สาธารณชนได้ใช้ประโยชน์ และเป็นการเผยแพร่ความรู้ในวงกว้าง สืบค้นอ่านบทความวิจัยและบทความวิชาการฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารที่ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)

หน้าที่ของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาตีพิมพ์เป็นผลงานของผู้เขียนและผู้เขียนร่วมตามที่ชื่อปรากฏที่ระบุไว้จริง
2. หากเป็นบทความวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุแหล่งสนับสนุนการทำวิจัยไว้ในบทความ
3. บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้เขียนต้องมีหลักฐานยืนยันว่าได้ผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองแล้ว
4. ผู้เขียนต้องรับรองความถูกต้องของเนื้อหาและรับผิดชอบความคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความที่ได้รับการตีพิมพ์

หน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการ ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมิน และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ
2. พิจารณาคัดเลือกบทความตีพิมพ์ในวารสาร รวมทั้งพิจารณาบทความที่ผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
3. ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ในทุกกรณี
4. รักษามาตรฐานของวารสาร และพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและทันสมัยอยู่เสมอ

หน้าที่ของผู้ประเมิน

1. พิจารณาคุณภาพของบทความโดยอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของตนเอง ภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว
2. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งตีพิมพ์หรือข้อมูลผู้เขียนแก่บุคคลอื่นใดที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาประเมินบทความ
3. ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน

กำหนดการออกวารสาร (Publication frequency)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : คณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 034-388-555 ต่อ 3101-04, 2204 โทรสาร 034-274-500

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

Website : http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

จัดรูปเล่ม : ทีมเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กรและการตลาด มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer)

1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. รองศาสตราจารย์ ดร.กนิษฐา	จำรูญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา	ประจุศิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา	ตะบูนพงศ์	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
5. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
6. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี	ศรีมรกต	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง	ธีระทองคำ	มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
10. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี	ชีวะเกษมสุข	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
11. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีมณฑา	นิยมคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
12. รองศาสตราจารย์ ดร. จันทรัตน์	เจริญสันติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
13. รองศาสตราจารย์ ดร.นงคราญ	วิเศษกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร	กฤษเจริญ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล	ปทุมรักษ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา	ต่อสกุลแก้ว	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร	บุญญโสพรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา	แดงด้อมยุทธ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	พลรักษ์	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
23. อาจารย์ ดร.กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ Editor's Message	ช
บทความวิจัย	
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี Relationships between Social Support, Motivation and Breast Cancer Prevention Behaviors of Women Using Services in Sub-District Health Promoting Hospital, Pathumthani	ประไพ ปิยจันทร์ Prapai Peyachun 1-16
❖ ปัญหาและปัจจัยความสำเร็จต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม Problems and Factors Related to Success of Quality in Nursing Records at Emergency Department, Sampran Hospital, Nakhon Pathom Province	บุญมี สังข์รักษา Boonmee Sungrugsa 17-33
❖ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดนครปฐม Community Participation in the Home-bound and Bed-bound Elderly Care, Nakhon Pathom Province	ธีรนนท์ วรรณศิริ Theranun Wannasiri 34-53
❖ การประเมินผลหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน The Curriculum Evaluation of Doctor of Philosophy in Nursing Management, Christian University of Thailand	พัชรภรณ์ อารีย์ Patcharaporn Aree 54-75
บทความวิชาการ	
❖ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย: ภัยร้ายของประชากรวัยทำงาน Myocardial Infarction: The Health Hazard in the Working-age Population	ณัฐพร คุณโน Nathaporn kunno 76-92
❖ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย : บทบาทสำคัญของพยาบาล Breastfeeding Promotion among Mothers after Cesarean Section of Sick Newborns: Nurses' Important Role	ณัฏยา อ่อนผิว Nuttaya Onpiw 93-109
❖ นวัตกรรมกับผู้บริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม Innovation and Nursing Managers in Disruptive Technology Era	วรัทยา กุลนิติชัย Waratya Kulnitichai 110-121

บทบรรณาธิการ

จากการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI) สำหรับวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 4 พ.ศ.2563-2567 วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการประเมินให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 2 (TCI Tier 2) โดยศูนย์ TCI รับรองคุณภาพของวารสาร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ฯ ได้พัฒนาวารสารอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายคุณภาพต่อไปคือการอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) ซึ่งกองบรรณาธิการจะเสนอเพื่อประเมินคุณภาพวารสารในรอบ พ.ศ. 2565 ที่จะถึงนี้ สำหรับวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 นี้ มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงด้านมนุษยธรรมที่นำมาให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล งานวิจัยที่เสนอปัญหาและปัจจัยความสำเร็จต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และการประเมินผลหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน รวมถึงบทความวิชาการเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย: ภัยร้ายของประชากรวัยทำงาน บทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่บุตรป่วยและนวัตกรรมกับผู้บริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม โดยบทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน และการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการได้

ท้ายนี้ กองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาประเมินคุณภาพของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ก่อนการตีพิมพ์ทุกฉบับ และขอขอบคุณผู้เขียนที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน สามารถศึกษาคำแนะนำได้จากเว็บไซต์วารสารที่ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

บรรณาธิการ

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม แรงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง เต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

ประไพ ปิยจันทร์* ชลิดา แซ่มเจริญ* เสาวณีย์ ระพีพรกุล* สุรินทร์ มากไมตรี**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและ แรงใจกับพฤติกรรม
การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ใน
อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 216 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน
ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แรงสนับสนุนทางสังคม 3) แรงใจในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และ 4)
พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา (CVI) ส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.70, 0.81 และ 0.88 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟา ส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.85, 0.76 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.32$,
S.D.=.74) แรงใจในการป้องกันโรคมะเร็งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58$, S.D.=.33) พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็ง
เต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.10$, S.D.=.31) แรงสนับสนุนทางสังคมและแรงใจมีความสัมพันธ์ใน
ทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.309$, $p<.01$ และ $r=.438$, $p<.01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัย ควรมีแนวทางการบริการสำหรับสตรีที่มาใช้บริการให้ได้รับการส่งเสริม
แรงใจ และการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องและบุคคลใกล้ชิดในการ
ส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คำสำคัญ : แรงสนับสนุนทางสังคม, แรงใจ, การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564 หน้า 1-16

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล

Corresponding author, e-mail: Prapai1551@gmail.com Tel. 08 9052 1551

วันที่รับบทความ: 28 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 29 พฤศจิกายน 2564, วันที่ตอบรับบทความ: 10 ธันวาคม 2564

Relationships between Social Support, Motivation and Breast Cancer Prevention Behaviors of Women Using Services in Sub-District Health Promoting Hospital, Pathumthani

Prapai Peyachun* Chalida Chamjareon* Saowanee Rapeepornkul* Surin Makmaitree**

Abstract

Purpose: The purpose of this research was to find out the relationships between social support, motivation and behaviors in breast cancer prevention.

Design: Descriptive research

Method: The samples consisted of 216 women who get medical service from 2 places in Lumlukka District, Pathumthanee Province. The instruments used in data collection were 4 parts of the questionnaire 1) personal data 2) social support 3) motivation in breast cancer prevention and 4) behaviors in breast cancer prevention. The content validity was checked by 3 qualified professors, with content validity index (CVI), part 2, 3, and 4 equal 0.70, 0.81, and 0.88, respectively. Reliability using coefficient Alpha in part 2, 3 and 4 equal 0.85, 0.76 and 0.86, respectively. The data were analyzed by statistics i.e. percentage, the standard deviation and Pearson correlation.

Main findings: The results showed that the social support in breast cancer prevention were at moderate level ($\bar{X}=3.32$, S.D.=.74), the motivation in such prevention was at high level ($\bar{X}=3.58$, S.D.=.33), the behaviors in such prevention were at moderate level ($\bar{X}=2.10$, S.D.=.31) The relationship between social reinforcements, motivation and behaviors in breast cancer prevention was statistically significant at .01 ($r=.309$, $p<.01$, $r=.438$, $p<.01$)

Conclusion and recommendation: The research concluded that there should be means for providing services to the women getting medical service be motivated and reinforced by medical personnel and close relatives to promote behaviors in breast cancer prevention as well as to self-breasts self-examination.

Keywords: Social support, Motivation, Breast cancer prevention behavior, Sub-District Health Promoting Hospital

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021, 8(2), 1-16

*Instructor, Faculty of Nursing Watcharapon, Western University, Watcharapon Campus

**Assistant Professor, Faculty of Nursing Watcharapon, Western University, Watcharapon Campus

Corresponding author, e-mail: Prapai1551@gmail.com Tel. 0890521551

Received: 28 October 2021, Revised: 29 November 2021, Accepted: 10 December 2021

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

มะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในสตรีและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 2.1 ล้านคน เสียชีวิตราว 630,000 คน สำหรับประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงไทย แต่ละปีมีผู้หญิงไทยป่วยด้วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 14,800 คน หรือคิดเป็น 41 คนต่อวัน ซึ่งแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของประเทศไทย พบว่า มะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อายุประมาณ 20 ปีขึ้นไป และพบว่าช่วงอายุ 30-35 ปี มีแนวโน้มเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีมีอายุน้อยลง (สุพรรณ ศรีธรรมมา และวีรวิทย์ อิมสำราญ, 2560) ถึงแม้ว่ามะเร็งเต้านม จะเป็นโรคที่ป้องกันการเกิดได้ยาก เนื่องจากไม่พบสาเหตุแน่นอนในการเกิดโรคและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอัตราสูงก็ตาม แต่ก็ยังเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ และการพยากรณ์โรคค่อนข้างดีถ้าสามารถตรวจพบและให้การรักษาทันทีตั้งแต่ในระยะแรก (พุทธา เจือจันทร์, 2557) วิธีป้องกันมะเร็งเต้านมในระดับปฐมภูมิทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานทาง การแพทย์ อธิบายสาเหตุกลไกการเกิดโรคได้อย่างชัดเจน การป้องกันในระดับทุติยภูมิ โดยการค้นพบโรค ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด ที่จะลดโอกาสการสูญเสียเต้านมรวมถึงภาวะคุณภาพชีวิตสตรีจากมะเร็งเต้านมลงได้ (สิรินุช

บุรณะเรืองโรจน์, 2559) การตรวจหามะเร็งเต้านม ในระยะนี้มีความสำคัญมาก ถ้าตรวจพบโรคได้ในระยะแรกจะมีการพยากรณ์โรคดี และมีอัตราการอยู่รอดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการป้องกันที่สำคัญที่สุดก็คือ การตรวจค้นพบมะเร็งเต้านมให้เร็วที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยทำได้ 3 วิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยแพทย์และการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (อาคม ชัยวิระวัฒน์ และคณะ, 2550) สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป หรืออายุ 30 ปี ที่มีประวัติคนในครอบครัวสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องดิจิตอลแมมโมแกรมปีละ 1 ครั้ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) ซึ่งพัชยา ภักดิ์ศรีสกุล (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยอายุ 30-59 ปี พบว่า ความชุกของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 45.50

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ให้สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องตรวจเต้านมบ่อยขึ้น โดยเสนอแนะให้สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง เพื่อค้นหาการเปลี่ยนแปลงของเต้านมที่อาจจะเกิดขึ้น และให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยกำหนดให้ตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2556 กำหนดเป้าหมายให้สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

องค์การอนามัยโลก และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ให้ความหมายของ “การป้องกันมะเร็งเต้านม” ไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดปัจจัยหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม โดยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยป้องกัน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม เพิ่มการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การควบคุมไม่ให้มีน้ำหนักเกิน และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก (รุ่งระวี นาวีเจริญ และคณะ, 2561) ทั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งโดยทั่วไปพฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคลที่เกิดจากสิ่งที่เป็นแรงขับเคลื่อนของบุคคล ซึ่งแรงขับเคลื่อนให้เกิดการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นคือ แรงจูงใจ การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกหรือเชิงลบหรือการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเป็นพฤติกรรมสุขภาพ หรือ พฤติกรรมการป้องกันโรคจำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญ (อรรณพ จุลวงษ์, 2557) จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของโรเจอร์ (Rogers, 1975 อ้างถึงในสุชาติ นนทะภา และรุ่งระวี นาวีเจริญ, 2560) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรค และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อ

การป้องกันโรค นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของจากบิดามารดา/บุคคลในครอบครัว เพื่อน/บุคคลใกล้ชิด จะเป็นแรงผลักดัน หรือเป็นกำลังใจให้ผู้รับได้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการสำเร็จ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพใน 3 ด้าน กล่าวคือ 1) ช่วยปรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตลอดจนพฤติกรรม 2) ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า และ 3) ช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ลดการใช้สารเสพติด และ/หรือบุหรี่ (อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553) ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จึงใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค รวมทั้งแรงสนับสนุนด้านต่างๆ ช่วยในการปรับความรู้สึกและช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการป้องกัน โรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ใน อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
3. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ใน อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรง สนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ใน อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของ สตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล 2 แห่ง ในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
2. แรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้ บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

ขอบเขตการวิจัย

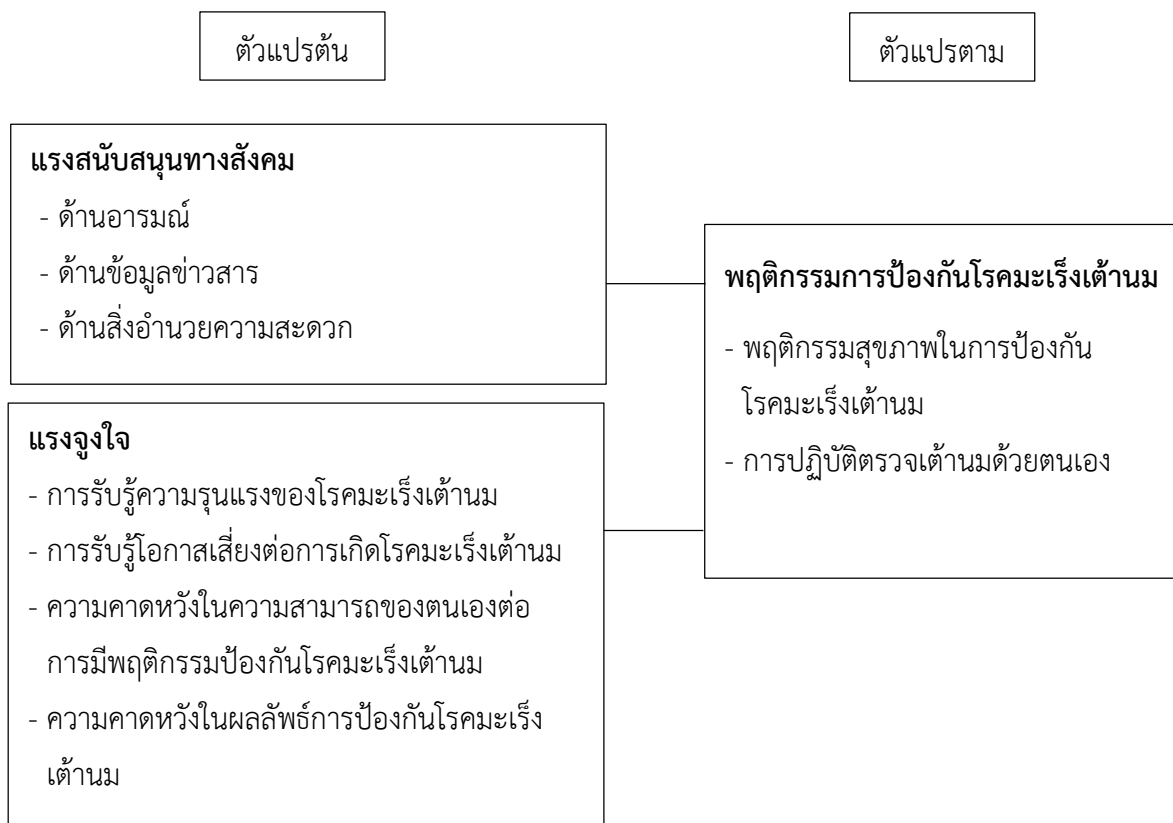
1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย เป็นสตรีไทย ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุระหว่าง 20-70 ปี ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบึงคำพร้อย และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11
2. ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือน เมษายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 และเก็บข้อมูล ระหว่างกันยายน- ตุลาคม พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมซึ่ง ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ การป้องกัน โรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติตรวจเต้านม ด้วยตนเอง ซึ่งพฤติกรรมเป็นการแสดงออกของ บุคคลที่เกิดจากสิ่งที่เป็นแรงขับภายในของบุคคล ซึ่งแรงขับ เคลื่อนให้เกิดการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น คือ แรงจูงใจ การที่บุคคลมี พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกหรือเชิงลบหรือการที่ จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมะเร็งเป็นพฤติกรรมสุขภาพ หรือ พฤติกรรมการป้องกันโรคจำเป็นต้องอาศัย แรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญ (อรรวรรณ จุลวงษ์, 2557) จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1975 อ้างถึงในสุชาติ นนทะภา และ รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2560) องค์ประกอบของแนวคิด ในทฤษฎีประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวัง

ในผลลัพธ์ของการป้องกันโรค และความคาดหวัง
ในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค
นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด
ของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ได้แก่
การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร
และด้านวัตถุสิ่งของจากบิดา มารดา/บุคคลใน
ครอบครัว เพื่อน/บุคคลใกล้ชิด

จะเป็นแรงผลักดัน หรือกำลังใจให้ผู้รับไปสู่
เป้าหมายที่ต้องการได้สำเร็จ แรงสนับสนุนทาง
สังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพใน 3 ด้าน
กล่าวคือ 1) ช่วยปรับความรู้สึกรู้สึกดีของบุคคล
ตลอดจนพฤติกรรม 2) ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ามี
คุณค่า และ 3) ช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
การैया ลดการใช้สารเสพติดและ/หรือบุหรี่
(อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมร็งเืง์ด้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่สตรีไทยที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุระหว่าง 20-70 ปี

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย เป็นสตรีไทยที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี มีอายุระหว่าง 20-70 ปี ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของ Daniel (2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 216 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โรงพยาบาลละ 108 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเมร็งเืง์ด้านม เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเมร็งเืง์ด้านมของสตรี มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลการให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 4.50-5.00 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนน 3.50-4.49, 2.50-3.49, 1.50-2.49 และ 1.00-1.49 อยู่ในระดับมาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุดตามลำดับ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมร็งเืง์ด้านมของสตรี มีจำนวน 30 ข้อ มี 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมร็งเืง์ด้านม ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมร็งเืง์ด้านม ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคเมร็งเืง์ด้านมและด้านความคาดหวังในผลลัพธ์การป้องกันโรคเมร็งเืง์ด้านม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลการให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 4.50-5.00 มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมร็งเืง์ด้านมอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนน 3.50-4.49, 2.50-3.49, 1.50-2.49 และ 1.00-1.49 อยู่ในระดับมาก, ปานกลาง, น้อยและน้อยที่สุดตามลำดับ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ แปลผลการให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 2.64-3.00 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก คะแนน 1.67-2.63, และ 1.00-1.66 อยู่ในระดับปานกลางและน้อยตามลำดับ (ชูใจ คูหารัตนไชย, 2546)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์ พยาบาล จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.70, 0.81 และ 0.88 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามแรงจิตใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม เท่ากับ 0.85, 0.76 และ 0.86 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลพร้อมขอความเห็นชอบและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เสนอต่อสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บึงคำพร้อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการศึกษาวิจัยพร้อมขอความร่วมมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้มาตรการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม พร้อมแจ้งการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นแจกแบบสอบถามพร้อมอธิบายวิธีตอบโดยละเอียด ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ระหว่างรอรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่รับรอง WTU2564-0041 พร้อมทั้งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย ทั้งนี้ การให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามความ

สมัครใจของกลุ่มตัวอย่างทุกประการ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้ถูกปิดเป็นความลับ มีผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และแสดงผลการวิจัยในการอภิปรายตีพิมพ์ เผยแพร่เป็น ภาพรวมโดยแสดงค่าทางสถิติเท่านั้น คณะผู้วิจัยได้ทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยหลังการวิจัยเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและการทดสอบสมมติฐานยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov

test พบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 28.70 รองลงมา อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 27.78 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.89 รองลงมาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 22.69 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 16,000 บาท ร้อยละ 27.78 รองลงมาน้อยกว่า 7,000 บาท ร้อยละ 24.08 และประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 89.81

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม แรงงูใจในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี (n=216)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.32	.74	ปานกลาง
แรงงูใจในการป้องกันโรคโดยรวม	3.58	.33	มาก
1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม	3.57	.42	มาก
2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	3.32	.35	ปานกลาง
3. ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมี	3.77	.53	มาก
พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม			
4. ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	3.69	.45	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับ ($\bar{X}$ =3.32, S.D.=.74) แรงงูใจในการป้องกันโรคแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.58, S.D.=.33)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี (n=216)

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยรวม	2.10	.31	ปานกลาง
- พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	2.18	.23	ปานกลาง
- การปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง	1.98	.53	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.10, S.D.=.31) และพฤติกรรมรายด้านทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน

โรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\bar{X}$ =2.18, S.D.=.23) และ ($\bar{X}$ =1.98, S.D.=.53) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	
	r	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.309**	0.000
แรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยรวม	.438**	0.000
1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม	.224**	0.000
2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	.284**	0.000
3. ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	.436**	0.000
4. ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	.330**	0.000

**p<.01

จากตารางที่ 3 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

ของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.309$, $p<.01$ และ $r=.438$, $p<.01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี การอภิปรายผลการวิจัยมีดังนี้

1. จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของ

สตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.32$, S.D.=.74) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชยา ภักดิ์จิรสกุล (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในจังหวัดลำปาง พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับเต้านมสามารถปรึกษาแพทย์หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ มากที่สุด ($\bar{X}=3.73$,

S.D.=1.02) แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นต่อบุคลากรสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการได้รับบริการสุขภาพที่ดีจากบุคลากรสุขภาพด้วย ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การที่คนใกล้ชิด/คนในครอบครัวพาไปตรวจเต้านม/ตรวจสุขภาพ ($\bar{X}=2.90$, S.D.=1.08) ซึ่งเป็นไปได้ว่าช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้ประชาชน ส่วนใหญ่ไม่ไปในที่เสี่ยงโดยเฉพาะโรงพยาบาล

แรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58$, S.D.=.33) เมื่อพิจารณาแรงจูงใจทั้ง 4 ด้าน พบว่า แรงจูงใจด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.77$, S.D.=.53) โดยเฉพาะการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ($\bar{X}=3.91$, S.D.=.75) และคุมน้ำหนักตัวเองโดยคุมอาหารและออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.95$, S.D.=.71) ทั้งนี้เป็นเพราะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บึงคำร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี มีโครงการ “รู้เร็ว รู้ไว รักษาได้ ห่างไกลมะเร็งเต้านม” ให้ความรู้แก่สตรีที่มาใช้บริการ และ อสม. เพื่อให้ อสม. ไปเผยแพร่ความรู้เพิ่มเติมในชุมชนจึงทำให้สตรีที่มาใช้บริการมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาดานนทะภา และรุ่งระวี นาวิเจริญ (2560) พบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันมะเร็ง เต้านมของครูในโรงเรียนประจำ

จังหวัด เขตภาคกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมาก ($\bar{X}=3.90$, S.D.=.50) ส่วนแรงจูงใจด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=3.32$, S.D.=.35) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เช่น ไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.87$, S.D.=.46)

พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.10$, S.D.=.31) และพฤติกรรมรายด้านทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\bar{X}=2.18$, S.D.=.23) และ ($\bar{X}=1.98$, S.D.=.53) ตามลำดับ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 89.81 ช่วงอายุส่วนใหญ่ อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 28.70 โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.32$, S.D.=.35) และพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.98$, S.D.=.53) ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974 อ้างถึงในวิชุดา กิจธธรรม, 2559) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจมีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา ดังนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรม

หลักเสี่ยงจากการเป็นโรคได้บุคคลต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาติ นนทะภา และรุ่งระวี นาวิเจริญ (2560) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของครู โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.42$, $S.D.=.62$) และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.14$, $S.D.=.93$)

2. จากสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.309$, $p<.01$) อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของจากบิดามารดา/บุคคลในครอบครัว เพื่อน/บุคคลใกล้ชิดจะเป็นแรงผลักดัน หรือกำลังใจให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้สำเร็จ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพใน 3 ด้าน กล่าวคือ 1) ช่วยปรับความรู้สึกรู้สึกดีของบุคคลตลอดจนพฤติกรรม 2) ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่า 3) ช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ลดการใช้สารเสพติดและ/หรือบุหรี่ (อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับงานวิจัยของคณินิจ พงศ์ถาวรกุล และคณะ (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทาง

สังคม สถานภาพทางการเงินกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r=.50$, $p<.01$)

3. จากสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ผลการวิจัยพบว่า แรงงูใจในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.438$, $p<.01$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และความคาดหวังในผลลัพธ์การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.244$, $r=.284$, $r=.436$ และ $r=.330$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคลที่เกิดจากสิ่งที่เป็นแรงขับภายในของบุคคลซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั่นคือ แรงงูใจการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกหรือเชิงลบหรือการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเป็นพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอาศัยแรงงูใจเป็นสิ่งสำคัญ (อรรณ จุลวงษ์, 2557) และจากทฤษฎีแรงงูใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1975) อ้างถึงในสุชาติ

นันทะภา และรุ่งระวี นาวิเจริญ, 2560) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรค และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาติ นันทะภา และรุ่งระวี นาวิเจริญ (2560) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของครูในโรงเรียนประจำจังหวัดเขตภาคกลาง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันมะเร็งเต้านม และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.13$, $r=.13$, $r=.16$ และ $r=.26$ ตามลำดับ) และสอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญพิศ จีระภา (2554) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อำเภอมือง จังหวัดชุมพร พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน และ

การกำหนดการกระทำด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการวิจัย พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและหาแนวทางกระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนในการจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีและส่งเสริมแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และฝึกทักษะตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้กลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2548). รายงานผลการประเมินสถานการณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ: การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, พิจิตรา เล็กดำรงกุล, พรพรรณ วนวโรตม และวันทกานต์ ราชวงศ์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม สถานภาพทางการเงิน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลศาสตร์, 32(1), 15-27.
- ชูใจ คูหารัตนชัย. (2546). สถิติเบื้องต้น: *Introduction to Statistics*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชยา ภัคจิรสกุล. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทย ในจังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- พุดตา เจือจันทิก. (2557). การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เพ็ญพิศ จีระภา. (2554). แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 6(2), 104-113.
- รุ่งระวี นววิเจริญ, สุรศักดิ์ ตรีนัย, นพมาศ พัดทอง และสุวิมล โรจนาวี. (2561). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ บุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วารสารแพทยนาวิ, 45(2), 186-201.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารทางการศึกษา, 18(2), 8-10.
- วิชุดา กิจธธรรม. (2559). หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 ธรรมชาติของพฤติกรรม: หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2548). คู่มือการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับบุคลากรสาธารณสุข สำหรับประชาชน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สยามออฟเซต.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). ทัวโลกรณรงค์ให้ตระหนักถึงภัยของมะเร็งเต้านม. สืบค้นจาก <https://www.pr.moph.go.th>
- สิรินุช บุณยะเรืองโรจน์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย เขตอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 8(1), 283-301.

- สุชาติ นนทะภา และรุ่งระวี นาวิเจริญ (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมของครูในโรงเรียนประจำจังหวัด เขตภาคกลาง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(2), 23-35.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา และ วีรฤติ อิ่มสำราญ. (2560). *มะเร็งเต้านม*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org> 2015-08-25
- อรรณ จุลวงษ์. (2557). แรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมสุขภาพของพลทหารกองประจำการ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 28-32.
- อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2553). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน. *Rama Nurse Journal*, 16(2), 309-322.
- อาคม ชัยวิระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุภโยธิน, สุเมศ รื่นสุรงค์วงศ์ และธีรฤติ คุหะเปรมะ. (บรรณาธิการ). (2550). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Daniel, W.W. (2010). *Biostatistics Basic Concepts and Methodology for the Health Science*. (9th ed). New York: Asia John Wiley & Son.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 44(4), 381-406.

ปัญหาและปัจจัยความสำเร็จต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

บุญมี สังข์รักษา*, ณรินทร์ แยมสกุล**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัญหา การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และปัจจัยความสำเร็จต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบผสมผสานวิธี

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ปีขึ้นไป และได้รับมอบหมายให้บันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบคำถามในการสัมภาษณ์ และแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยประเมินจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรุนแรง 1-3 จำนวน 150 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS สถิติที่ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำถามปลายเปิด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย 1) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวม พบว่ามีการบันทึกครบถ้วนร้อยละ 78.32 การไม่บันทึก ร้อยละ 15.10 และบันทึกไม่ครบถ้วน ร้อยละ 6.58 การไม่บันทึกมากที่สุดคือ ข้อมูลการวินิจฉัยพยาบาล และข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วย สาเหตุส่วนใหญ่ คือการขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และความตระหนักในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล รวมทั้งภาระงานมาก ช่วงเวลาเร่งด่วน และภาระงานด้านอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับบริการพยาบาล 2) คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่ามีการบันทึกครบถ้วนมากที่สุด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ร้อยละ 98.57 ข้อมูลแรกรับทางการแพทย์พยาบาล 95.67 ส่วนข้อมูลการวินิจฉัยพยาบาลมีการบันทึกครบถ้วนเพียงร้อยละ 27.42 และ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้และความเข้าใจในการบันทึกการพยาบาล ปัจจัยเอื้อด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากองค์กร มีค่าระดับคะแนนอยู่ในระดับมากทุกปัจจัย

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ควรพัฒนาและเสริมปัจจัยต่างๆ ทั้ง 3 ปัจจัย เช่นเสริมความรู้ มีการกำหนดคู่มือและการตรวจสอบทบทวนเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล อย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : ปัจจัยความสำเร็จ, บันทึกทางการแพทย์พยาบาล, คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564 หน้า 17-33

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสามพราน

**อาจารย์ประจำ สาขาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

Corresponding author, e-mail: boonmee.sun@gmail.com, Tel. 0895301820

วันที่รับบทความ: 12 กรกฎาคม 2564, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 27 กันยายน 2564, วันที่ตอบรับบทความ: 12 ตุลาคม 2564

Problems and Factors Related to Success of Quality in Nursing Records at Emergency Department, Sampran Hospital, Nakhon Pathom Province

Boonmee Sungrugsu*, Narinee yaemsakul**

Abstract

Purpose: This study aimed to study problems and success factors related to quality of nursing records in the Emergency Department, Sampran Hospital, Nakhon Pathom Province.

Design: Mixed method research

Method: The purposively selected group was the 10 professional nurses having their work experiences in the Accident and Emergency Department, Sampran Hospital, Nakhon Pathom Province for 2 years and over. This group was assigned to record the nursing data of patients in the nursing documentation. The research instruments included questionnaire to assess factors related to quality of nursing records, the interview questions, and quality of nursing documentation. The patient medical records of 150 patients who had visited to receive the services of accident and emergency at 1-3 levels of severity were evaluated. Data were analyzed and presented into percentage, mean, standard deviation and content analysis.

Main findings: 1) The record was completely done at 78.32%. There were some problems of the non-record data and incompletely recorded data accounted to 15.10 % and 6.58%, respectively. These problems mostly were caused by lack of knowledge, misunderstanding of nursing record related to nursing process, and unawareness of nursing record. Additionally, the problems were associated to their over workloads, rush hours and the other non-nursing related-jobs; 2) For the quality of nursing documentation, it was found that the complete information included patient general data (98.57%), and the patient first admission information (95.67%). While the nursing diagnosis was completely recorded only a few amounts (27.42%); 3) The successful factors namely: the predisposing factor (knowledge and understanding of nurses), the enabling factor (infrastructures and facilities) and the reinforcing factor (the supporting of organization), they were all at high level.

Conclusion and recommendation: The results of this research show that nursing administrators should develop and enhance all three factors such as enhancing knowledge, providing manuals and regular verification of nursing documents.

Keywords: Successful factors, Nursing records, Quality of nursing documentation

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021, 8(2), 17-33

* Register Nurse at Emergency Room, Sampran Hospital.

** Instructor, Nursing Administration, Boromarajonani College of Nursing, Jakkiraj

Corresponding author, e-mail: boonmee.sun@gmail.com, Tel. 0895301820

Received: 12 July 2021, Revised: 27 September 2021, Accepted: 12 October 2021

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ครอบคลุมตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล สามารถใช้สื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพนั้นสะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีคุณภาพชัดเจน โดยการกำหนดปัญหาสำคัญของผู้ป่วยแสดงข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่แรกเริ่ม ก่อนการจำหน่าย และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว (จันทร์ทิรา เจียรณัย, 2559) ดังนั้นถ้ามีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ย่อมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย ทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้เหมาะสมและต่อเนื่อง แสดงถึงความรับผิดชอบของพยาบาล (พัชรพร ตาใจ, 2562) อีกทั้งยังสามารถเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพทางการแพทย์พยาบาลได้ด้วย ซึ่งเป็นไปตามประกาศสภาการพยาบาลในราชกิจจานุเบกษา เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 เมื่อวันที่ 18 เมษายน พ.ศ.2562 ที่ได้กำหนด มาตรฐานเชิงกระบวนการ ไว้ในมาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานการพยาบาล (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล, 2562) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพและองค์การพยาบาลทุกแห่งต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานนี้

โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีจำนวนเตียง 130

เตียง ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุม 4 มิติ ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามมาตรฐานการพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต และตรวจโรคทั่วไปตลอด 24 ชั่วโมง จำนวนผู้มารับบริการ 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2560-2562) เฉลี่ยเดือนละ 6,333 ราย, 7,373 ราย และ 6,970 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้การบันทึกข้อมูลของผู้มารับบริการแต่ละระดับมีข้อมูลแตกต่างกัน ผู้ป่วยระดับความรุนแรง 1, 2 และ 3 การบันทึกข้อมูลมีความซับซ้อนต้องใช้เวลาการบันทึก การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง และการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง ผลการทบทวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2560-2562) พบว่า ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่คงที่ คิดเป็นร้อยละ 77.13, 82.03 และ 62.41 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ข้อมูลที่บันทึกไม่ครบถ้วน ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการแรกเริ่ม อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน การประเมินสภาวะสุขภาพ การรับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การลงบันทึกลักษณะบาดแผล และตำแหน่งของบาดแผลไม่ครบถ้วน ปัญหาการวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลหลังการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้มีปัญหาในกรณีผู้ป่วยคดีความหรือกรณีต้องใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย การบันทึกที่ยังขาด

ความชัดเจนเรื่องกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ เฉพาะโรค และเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยนอนใน โรงพยาบาล พบว่าการบันทึกข้อมูลทางการ พยาบาลไม่สอดคล้องกับอาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล โดยใน พ.ศ. 2562 การบันทึก ทางการพยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพรานมีคะแนนคุณภาพการ บันทึกลดลงมาก เป็นร้อยละ 62.41 ซึ่งไม่ได้ตาม เกณฑ์มาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รับผิดชอบโดยตรงต่อคุณภาพการให้บริการ พยาบาลและการบริหารจัดการในหน่วยงาน จึง เห็นความสำคัญในการศึกษาปัญหาและปัจจัย ความสำเร็จต่อคุณภาพการบันทึกทางการ พยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการ ในหน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน เพื่อ นำไปใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการ บันทึกทางการพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 และมีความต่อเนื่อง เพื่อยกระดับมาตรฐานการ พยาบาลในหน่วยงานให้เป็นไปตามประกาศ สภากาพยาบาลดังกล่าวให้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัด นครปฐม
2. เพื่อศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จต่อ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาล

วิชาชีพ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ในด้าน

3.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล

3.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก การบันทึกทางการพยาบาล

3.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ ด้านการได้รับ แรงสนับสนุนจากองค์กรพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบ PRECEDE-PROCEED Model, PRECEDE ย่อมาจากคำว่า Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/ Ecological Diagnosis and Evaluation, PROCEED ย่อมาจาก คำว่า Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดของกรีน และครูเทอร์ PRECEDE Model ในระยะที่ 3 การ ประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา (Education and Ecological assessment) (Green & Krueter, 2005) ระยะนี้เป็นการประเมินปัจจัยความสำเร็จ กระบวนการใช้ 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกันคือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing factors) นำไปเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดำเนินงาน ในการปฏิบัติงาน และการประเมินผลลัพธ์ ให้ บรรลุตามเป้าหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัย แบบผสมผสานวิธี (Mixed method research)

ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1. ประชากร ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 15 คน (2) เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวนเวชระเบียนระดับความรุนแรง ระดับ 1-3 ใช้เกณฑ์การสุ่มตรวจเวชระเบียน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คือ ร้อยละ 5 ของจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 50 ฉบับ ของผู้มารับบริการ โดยเก็บข้อมูลเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 5,753 ราย เป็นผู้ป่วยระดับความรุนแรง ระดับ 1-3 จำนวน 2,864 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ของจำนวน 2,864 ฉบับ เท่ากับ 143 ฉบับ เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล เก็บเพิ่มร้อยละ 5 เท่ากับ 7.15 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เก็บเวชระเบียนจำนวน 150 ฉบับ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างตามรหัสผู้ป่วยนอกที่มารับบริการระดับความรุนแรง 1-3 ผู้ป่วยที่มารับบริการในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึกทุกวัน โดยคัดเลือกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างคนละ 15 ฉบับ จนครบจำนวน 150 ฉบับ

2. กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาในส่วนที่เป็นวิจัยเชิงคุณภาพเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติ คือ 1) มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 ปีขึ้นไป

2) เป็นผู้ได้รับมอบหมายให้บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม และ 3) มีคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้ตามเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (สำนักการพยาบาล, 2554)

3. ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาการในการศึกษาเดือนกรกฎาคม 2563-กรกฎาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเรื่องปัญหาและปัจจัยความสำเร็จต่อการบันทึกทางการพยาบาล ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มี 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล, 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกพยาบาล (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม) และ 3) แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนที่ 2 คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกพยาบาล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แบ่งคะแนนเป็นแบบลิเคิร์ทสเกล (Likert scale) คือ 1=ไม่เห็นด้วย 2=เห็นด้วยน้อย 3=เห็นด้วยปานกลาง 4=เห็นด้วยมาก และ 5=เห็นด้วยมากที่สุด โดยแบ่งระดับของคะแนนที่ได้จากการคำนวณจากค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนอันตรภาคชั้นของระดับคะแนน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2553) ซึ่งมี 5 ระดับจึงได้ระดับคะแนนคือ 3.21-4.00 ระดับมากที่สุด 2.41-3.20 ระดับมาก 1.61-2.40

ระดับปานกลาง 0.81-1.60 ระดับน้อย และ 0.00-0.80 ระดับไม่เห็นด้วย

ส่วนแบบสัมภาษณ์ใช้สำหรับพยาบาลที่ประสบผลสำเร็จการบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน (ผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) และพยาบาลที่บันทึกไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลความสำเร็จและข้อมูลที่ไม่ได้ตามเกณฑ์ โดยสัมภาษณ์ในรายละเอียด ดังนี้ 1) ปัจจัยความสมบูรณ์การบันทึกตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครบถ้วน ถูกต้องตามกระบวนการปัญหาเกิดจากสาเหตุใด มีอะไรบ้าง (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม) 2) วิธีการแก้ไขปัญหาสาเหตุ อุปสรรคในการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้สำเร็จได้อย่างไร และ 3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ การบันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ประเมินจากผลการบันทึกทางการพยาบาล มีทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ การบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลแรกรับ ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการประเมินสภาพสุขภาพ ข้อมูลการวินิจฉัยพยาบาล ข้อมูลแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล ข้อมูลการประเมินผลการพยาบาล และข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วย โดยคิดคะแนนตามการประเมินของสำนักการพยาบาล (2554) โดยกำหนดใช้เกณฑ์การตรวจสอบ 4 รายการ คือ ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

2.1 กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ให้ 1 คะแนน

2.2 กรณีที่มีการบันทึกแต่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ และกรณีไม่มีการบันทึก ให้ 0 คะแนน

2.3 กรณีที่ประเมินแล้วว่าหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่าไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องบันทึกให้ระบุ NA (Not applicable) เวชระเบียนแต่ละฉบับจึงมีคะแนนรวมไม่เท่ากัน

3. แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นรายละเอียดของแบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีข้อมูลในแต่ละหมวดกำหนดไว้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลของพรศิริ พันธสี (2562) โดยใช้ร่วมกับเครื่องมือชุดที่ 2 เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการเก็บข้อมูล 2 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน มีคุณสมบัติ ดังนี้ อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน 1 ท่าน รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล (หัวหน้าพยาบาล) โรงพยาบาลสงฆ์ 1 ท่าน และหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม 1 ท่าน ค่าดัชนี IOC และค่า CVI ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม ผลการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (Content validity) CVI ได้ค่า ปัจจัยนำมีค่า 0.83 ปัจจัยเอื้อมีค่า 0.91 และปัจจัยเสริมมีค่า 0.83 และได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.60-0.99

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ที่ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) CVI มีค่า 0.83 และความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.60-0.96 ตรวจสอบความเที่ยงของการให้คะแนนร่วมกัน ในทีมพัฒนาคุณภาพ จำนวน 3 คน ใช้เครื่องมือชุดเดียวกันทดลองประเมินจำนวน 10 ฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่น แบบ Inter-rater Reliability เท่ากับ 0.8 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ไม่ควรต่ำกว่า 0.5 (Striener & Norman, 1995)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช เลขที่ 25-105-2563 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน ให้ดำเนินการศึกษาได้ ทั้งนี้การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ ไม่มีการสูญเสียประโยชน์ ผลการวิจัยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตามขั้นตอน 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน 2) ทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา เข้าร่วมโครงการวิจัย และเก็บข้อมูล 3) จัดประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและชี้แจง การดำเนินงานการศึกษานี้ เข้าร่วมโครงการจำนวน 10 คน ด้วยความสมัครใจ

ระยะที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ 2) เก็บข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ (จากเวชระเบียน) ในเดือนกรกฎาคม 2563 ระดับความรุนแรง 1-3 บันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายจำนวน 10 คน โดยประเมินจากการบันทึกของพยาบาลแต่ละคน คนละ 15 ฉบับ รวม 150 ฉบับ 3) ประเมินผลการบันทึกทางการแพทย์จำนวน 150 ฉบับ ดังกล่าว 4) สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ ใช้การสัมภาษณ์โดยตรง (Personal interview หรือ Face to face interview) กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เพื่อทราบปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะการบันทึกทางการแพทย์ กับ

พยาบาลวิชาชีพที่มีคะแนนคุณภาพการบันทึก
ทางการพยาบาล มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
ขึ้นไป และพยาบาลวิชาชีพที่คะแนนไม่ได้ตาม
เกณฑ์มาตรฐาน เพื่อทราบปัจจัยที่เป็นอุปสรรค
และข้อเสนอแนะการบันทึกทางการพยาบาล

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลงาน โดย

- 1) การประเมินผลความคิดเห็นจากแบบสอบถาม
คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล, ผลการ
ตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล และผล
การสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านเกณฑ์และไม่
ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล
- 2) ประชุมร่วมกันชี้แจงข้อมูลเพื่อรับทราบ ผลการ
ประเมินการบันทึกทางการพยาบาล และปัญหา/
อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงและ
พัฒนาต่อเนื่องต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ
พื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความถี่ และร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรม
SPSS และคำถามปลายเปิดและข้อมูลเชิง
คุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content
Analysis) แบบพรรณนาความวิเคราะห์

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลหน่วยงานอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัด
นครปฐม พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เป็น
เพศหญิงร้อยละ 100 อายุพบมากที่สุดคืออายุ
26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ระดับปฏิบัติการและชำนาญการร้อยละ 50
ประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน มีประสบการณ์การทำงาน 10 ปีขึ้นไป
ร้อยละ 40 ทุกคนมีวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับ
ปริญญาตรี ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมร้อยละ
60 ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยความสำเร็จต่อคุณภาพการ
บันทึกทางการพยาบาล พบว่า ปัจจัยนำในการ
บันทึกทางการพยาบาลโดยรวมระดับมาก ($\bar{X}=3.15$,
 $S.D.=0.19$) เมื่อจำแนกแต่ละหัวข้อมีค่าคะแนน
เฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การวินิจฉัยการพยาบาลอยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.40$, $S.D.=0.84$) ปัจจัย
เอื้อในการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมระดับ
มาก ($\bar{X}=2.74$, $S.D.=0.63$) เมื่อจำแนกแต่ละ
หัวข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ องค์กร
พยาบาลมีการสร้างคู่มือทางเป็นแนวทางปฏิบัติ
เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล กระบวนการ
พยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.40$,
 $S.D.=0.52$) และปัจจัยเสริมในการบันทึกทางการ
พยาบาลระดับมาก ($\bar{X}=2.94$, $S.D.=0.58$) เมื่อ
จำแนกแต่ละหัวข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด
คือ ได้รับรางวัล คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ตาม
เกณฑ์มาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ใน
ระดับมาก ($\bar{X}=2.50$, $S.D.=0.71$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นภาพรวมและรายข้อปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม (n=10 คน)

ปัจจัยความสำเร็จต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล	ความคิดเห็น		ระดับ
	$\bar{X}$	S.D.	
ปัจจัยนำเข้า	3.15	0.60	มาก
1. ข้อมูลทั่วไป	3.80	0.42	มากที่สุด
2. การรวบรวมข้อมูลแรกรับ	3.40	0.70	มากที่สุด
3. ประวัติการเจ็บป่วย	3.50	0.53	มากที่สุด
4. การประเมินสภาวะสุขภาพ	3.40	0.70	มากที่สุด
5. การวินิจฉัยการพยาบาล	2.40	0.84	ปานกลาง
6. แผนการพยาบาลและบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล	2.60	0.84	มาก
7. การประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล	3.10	0.57	มาก
8. การจำหน่ายผู้ป่วย	3.00	0.82	มาก
ปัจจัยเอื้อ	2.74	0.63	มาก
1. องค์กรพยาบาลมีการจัดระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เอื้อต่อการใช้ในการบันทึกใช้ กระบวนการพยาบาล	2.80	0.63	มาก
2. จัดเตรียมเอกสารหรือคู่มือ ที่สามารถศึกษาความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และการลงรหัสโรค รหัสการทำหัตถการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม	2.60	0.70	มาก
3. มีระบบ Hard ware/Soft Ware ที่มีคุณภาพพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา	3.00	0.67	มาก
4. องค์กรพยาบาลมีการสร้างคู่มือเป็นแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กระบวนการพยาบาล	2.40	0.52	ปานกลาง
5. โรงพยาบาลมีระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและจัดเก็บข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย ผู้ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้	2.90	0.99	มาก
ปัจจัยเสริม	2.94	0.58	มาก
1. การจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลทุกหน่วยงาน ขององค์กรพยาบาล	3.00	0.67	มาก
2. จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานที่ได้รับ ทำให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน ถูกต้อง	2.80	0.79	มาก

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นภาพรวมและรายข้อปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม (n=10 คน) (ต่อ)

ปัจจัยความสำเร็จต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล	ความคิดเห็น		ระดับ
	$\bar{X}$	S.D.	
3. มอบหมายงานให้พยาบาลดูแลผู้ป่วย มีสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	2.80	0.79	มาก
4. มีระบบการนิเทศงาน ให้คำแนะนำ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล	3.10	0.57	มาก
5. การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อประเมินผลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	3.30	0.48	มากที่สุด
6. มีการทบทวน นำผลการตรวจสอบมาวิเคราะห์ หาปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไข การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน ถูกต้องตามมาตรฐาน	3.20	0.42	มาก
7. ได้รับรางวัล คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	2.50	0.71	มาก

2. คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าภาพรวมคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกครบถ้วนร้อยละ 78.32 การไม่บันทึกร้อยละ 15.10 และบันทึกไม่ครบถ้วนร้อยละ 6.58 ดังนี้

2.1 คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีการบันทึกครบถ้วนมากที่สุด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลแรกรับ ร้อยละ 98.57, 95.67 ตามลำดับ และครบถ้วนน้อยที่สุดได้แก่ ข้อมูลวินิจฉัยพยาบาลมีการบันทึกครบถ้วนร้อยละ 27.42

2.2 คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีการบันทึกไม่ครบถ้วนมากที่สุด การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล การประเมินสภาวะสุขภาพ ร้อยละ 17.06, 12.80 ตามลำดับ และน้อยที่สุด คือ ข้อมูลทั่วไป และ 1.33

2.3 คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีการไม่บันทึกมากที่สุดได้แก่ การวินิจฉัยการพยาบาล การจำหน่ายผู้ป่วยร้อยละ 55.52, 29.91 ตามลำดับ และน้อยที่สุดคือข้อมูลทั่วไปร้อยละ 0.10

3. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล รายบุคคล พบว่า คะแนนผ่านเกณฑ์คุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ได้ร้อยละ 40 (จำนวน 4 คน) คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้ร้อยละ 60 (จำนวน 6 คน) โดยมีคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 89.37 และคะแนน น้อยที่สุดร้อยละ 66.37

4. ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จากการสัมภาษณ์แบบเจาะจงโดยตรงพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 10 คน ตามข้อคำถามที่กำหนดไว้ พบว่า

4.1 ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ตามความคิดเห็นของผู้ให้ ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ 1) การขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่องการ ประเมินผู้ป่วย การประเมินระดับความรุนแรงของ โรค การซักประวัติ พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยไม่ ครบคลุม ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน รองลงมาคือ 2) ภาระงานมาก ผู้รับบริการจำนวนมากขึ้นต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย อาการผู้ป่วย มีความซับซ้อน เปลี่ยนแปลงเร็ว และภาระงาน ด้านอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการบริการพยาบาล 3) เป็น ช่วงเวลาเร่งด่วนที่ต้องจัดการงานส่วนอื่นที่สำคัญ ให้เสร็จก่อน และ 4) ขาดความตระหนักในการ เขียนบันทึกให้มีคุณภาพ

4.2 วิธีการแก้ไขปัญหาสาเหตุ อุปสรรค ในการบันทึกทางการพยาบาลให้สำเร็จ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าควรดำเนินการดังนี้ 1) มีการอบรมพัฒนาความรู้ความเข้าใจ การบันทึก ทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 2) ส่งเสริมความตระหนักในความสำคัญของการ บันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วน และ 3) จัด อัตรากำลังให้เหมาะสม เพื่อให้สัดส่วนของ ผู้ปฏิบัติงานสอดคล้องกับภาระงาน และเสริม เรื่องการปฏิบัติงานอย่างมีสมาธิ สติ เพื่อบันทึก ข้อมูลได้ครบถ้วน ถูกต้อง ภาระงานที่ปฏิบัติงาน ภาระงานของพยาบาลเท่านั้น ไม่ต้องรับผิดชอบ งานอื่นๆ และมีการตรวจสอบการบันทึกทางการ พยาบาล เป็นระยะๆ

4.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบันทึก ทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน ให้บรรลุ เป้าหมายตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่เสนอแนะเรื่อง การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการเขียนบันทึก ทางการพยาบาล การทบทวนเวชระเบียนทุก เดือน และจัดระบบให้มีการประชุมร่วมกันเพื่อ นำผลการประเมินคุณภาพมาวิเคราะห์และ ปรับปรุงร่วมกันพัฒนารูปแบบการบันทึก ทางการพยาบาล การจัดทำคู่มือการบันทึก ข้อมูลทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

5. ศึกษาปัญหา/อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ ปัจจัยความสำเร็จต่อคุณภาพการ บันทึกทางการพยาบาล ทำการสัมภาษณ์ โดยตรงพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่คะแนน คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80 ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ และ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ให้

คำตอบในลักษณะเดียวกัน ปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่ ด้านปัจจัยนำเข้า คือพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจ การบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล การซักประวัติอาการเจ็บป่วยไม่ครบถ้วน การคัดกรองผู้ป่วยบันทึกข้อมูลไม่ชัดเจน การประเมินผู้ป่วยและประเมินระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง ส่วนเรื่องขาดความตระหนักในความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วนนั้นพบปัญหาเป็นบางคน การไม่ปฏิบัติตามแนวทางบันทึกทางการพยาบาลที่จัดทำไว้ บางครั้งเป็นเพราะการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนทำให้บันทึกไม่ครบถ้วน การบันทึกให้ครบถ้วนต้องใช้เวลานานในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน อาการซับซ้อนเพิ่มขึ้น กรณีช่วงผู้ป่วยจำนวนมากต้องรีบทำให้เสร็จสิ้น เพื่อจำหน่ายผู้ป่วยตามการรักษาของแพทย์ มีโอกาสลงบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ต้องเร่งรีบบันทึกข้อมูล เพื่อดูแลผู้ป่วยให้ทั่วถึงทำให้บันทึกทางการพยาบาลไม่สมบูรณ์ ข้อเสนอแนะต่อการบันทึกทางการพยาบาล ให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ ทุกคนมีความเห็นสอดคล้องกันคือพัฒนาตนเองในการเรียนรู้ ความเข้าใจเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีการจัดอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจการบันทึกทางการพยาบาลที่ครบถ้วนถูกต้อง สร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์การบันทึกทางการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ใช้เป็นหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติ เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ใช้กรณีการฟ้องร้อง ช่วยในการสื่อสารข้อมูลสำคัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

สำหรับปัจจัยเอื้อ การจัดทำ Template ในการบันทึกข้อมูลประวัติผู้รับบริการ ในการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ ในกลุ่มโรคที่สำคัญเสี่ยงสูง ทำให้การบันทึกข้อมูลได้รวดเร็ว และครบถ้วน และปัจจัยเสริม ได้แก่ มีการกำหนดแผนพัฒนาบริหารจัดการ การบันทึกทางการพยาบาลของหัวหน้างานที่มุ่งถึงความสำเร็จการบันทึกทางการพยาบาลได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และให้มีการตรวจสอบทบทวนการบันทึกทางการพยาบาลสม่ำเสมอทำให้มีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล ได้ครอบคลุม และถูกต้อง รวมทั้งเห็นความสำคัญในการติดตามประเมินผล การตรวจสอบผลการบันทึกทางการพยาบาล ทุกเดือน และด้านอื่นๆ ได้แก่ การบันทึกทางการพยาบาลมีประโยชน์ในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยกันตรวจสอบการลงบันทึกข้อมูล ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทีมงานพร้อมพัฒนาก้าวต่อไป

ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยความสำเร็จต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลต้องประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยคือ 1) ผู้บริหารการพยาบาลเห็นความสำคัญและสนับสนุนเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลที่มีการเสริมแรงจูงใจการบันทึกทางการพยาบาลโดยจัดทำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มโรคที่สำคัญเพื่อการพัฒนาสร้างแนวทางปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง 2) พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาตนเอง การเรียนรู้การบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เห็น

ความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการบันทึกทางการพยาบาลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ 3) พยาบาลวิชาชีพมีองค์ความรู้ จากการฝึกอบรม และการฟื้นฟูความรู้ด้านกระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล อย่างจริงจัง สร้างประสบการณ์ทักษะ การบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล การติดตามผลการบันทึก ปรับปรุงและพัฒนาให้ต่อเนื่อง

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัญหาและปัจจัยความสำเร็จต่อการบันทึกทางการพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่องการประเมินผู้ป่วย การประเมินระดับความรุนแรงของโรค การซักประวัติการคัดกรองผู้ป่วยบันทึกไม่ครบถ้วน ภาระงานมากจากผู้รับบริการจำนวนมาก อาการผู้ป่วยมีความซับซ้อนเปลี่ยนแปลงเร็ว และภาระงานด้านอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับการบริการพยาบาล ช่วงเวลาเร่งด่วนและด้านความตระหนักในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล เสนอวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อุปสรรค ในการบันทึกทางการพยาบาลทำให้สำเร็จได้ ได้แก่ การอบรมพัฒนาความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักเห็นความสำคัญในการบันทึกทางการพยาบาล และการจัดอัตรากำลัง

ให้เหมาะสม การปฏิบัติงานควรมีสมาธิ สติ ภาระงานที่ปฏิบัติงานควรเป็นภาระงานของพยาบาลเท่านั้น ไม่ต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ และมีการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล เป็นระยะๆ และข้อเสนอแนะให้บรรลุปเป้าหมายตามเกณฑ์ ได้แก่ การจัดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการ การทบทวนเวชระเบียนทุกเดือน และจัดการประชุมร่วมกันเพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ แก้ไขปัญหา และปรับปรุง การจัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล การสร้างความตระหนัก การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน สอดคล้องกับการงานวิจัยหลายๆ ฉบับที่มีการศึกษาในช่วง 10 ปีมานี้ เช่น อรอนงค์ วงศ์มหาชัย (2556) เรื่องการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลสากล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่าการมีข้อจำกัดในการบันทึกด้วยภาระงาน เวลา จำนวนผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และธารินี ศิริวัลย์ (2557) เรื่อง การพัฒนากระบวนการนิเทศการบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก พบว่าสาเหตุของความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล คือการเสริมความรู้และทักษะการบันทึกทางการพยาบาลยังน้อย ขาดการนิเทศติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รูปแบบบันทึกพยาบาลเปลี่ยนบ่อย ไม่มีการกำหนดรูปแบบและแบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาลที่ชัดเจน สอดคล้องกับการกล่าวไว้ของพรศิริ พันธศรี (2562) และสิริลักษณ์ อินทร์ศรี (2557) ว่ามีการใช้กระบวนการพยาบาลในการ

ดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง เป็นผลทำให้บันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมปัญหาและกิจกรรมทางการพยาบาล และบันทึกทางการพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน โดยผลการวิจัยที่เน้นการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า กิจกรรม เช่น การให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก การกำหนดรูปแบบ คู่มือการบันทึก การนิเทศติดตาม และตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้ผลคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลมีคะแนนเพิ่มขึ้น เช่นงานวิจัยของวิฑูรย์ สุวรรณศรวล, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล และบุญพิชชา จิตต์ภักดี (2559) ที่ใช้กระบวนการโฟกัสพีดีซีเอ มีการให้ความรู้ การจัดทำแนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาล พบว่าการตรวจสอบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.64 เป็นร้อยละ 83.70 และธารินี ศิริวัลย์ (2557) ที่ใช้กิจกรรมการให้ความรู้ การนิเทศติดตาม การตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ผลที่ได้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.67 เป็นร้อยละ 78.33 เป็นต้น ในเรื่องอัตรากำลังและภาระงานมากทำให้มีผลต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การจัดอัตรากำลังไม่เพียงพอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรพร ตาใจ (2555), อภิวัน ขาวดวง (2558) ที่พบว่าสาเหตุของคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ไม่ครบถ้วน จากมีภาระงานมาก ทำให้พยาบาลต้องเร่งรีบในการบันทึก และไม่มีการตรวจทานการบันทึกทางการพยาบาล และอัตรากำลังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน

2. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ภาพรวมคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า มีการบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วนร้อยละ 78.32 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 80 (สำนักงานพยาบาล, 2554) มีคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลมากที่สุดคือ ข้อมูลทั่วไป รองลงมาข้อมูลแรกรับ และน้อยที่สุดคือข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล ร้อยละ 98.57, 95.67 และ 27.42 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษานันทพร กว้างแก้ว (2555) อรอนงค์ วงศ์มหาชัย (2556) และธารินี ศิริวัลย์ (2557) ที่พบว่าคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปรับปรุงถึงระดับปานกลาง ในกระบวนการพัฒนาพบมีปัญหारेื่องการบันทึกข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล และสอดคล้องกับจันทร์เมือง ทนงยิ่ง และรัตนภรณ์ อุปแก้ว (2557) ที่พบว่าคุณภาพการบันทึกมีทั้งการไม่บันทึกมากที่สุด ร้อยละ 55.5 และบันทึกไม่ครบถ้วนร้อยละ 17.06

3. ปัจจัยความสำเร็จต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ด้านปัจจัยนำมีความรู้ ความเข้าใจในการบันทึกทางการพยาบาล ส่วนใหญ่มีระดับมากทั้งในภาพรวมและรายข้อ ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยของวารุณี มีเจริญ และคณะ (2553) ธิภา แสงกิตติไพบูลย์ (2554), จันทร์เมือง ทนงยิ่ง และรัตนภรณ์ อุปแก้ว (2557) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปาน

กลาง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุด ($\bar{X}=2.40$, $S.D.=0.84$) แม้ว่าจะอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในการศึกษาต่างประเทศก็พบ ปัญหาสอดคล้องกัน เช่น การศึกษาเจฟเฟอรี (Jefferie, 2011) และทรานเตอร์ (Tranter, 2009) และจากผลการ ศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันในความต้องการ พัฒนาตนเองโดยอบรมเรื่องการบันทึกทางการ พยาบาลเพื่อให้ความรู้มากขึ้น ก็สอดคล้องกับ การศึกษาของตันสนีย์ ปริชาวงศ์ (2557) พบว่า การให้ความรู้การประชุมระดมสมอง จัดกิจกรรม ให้และประเมินความรู้ร่วมกัน เลือกรูปแบบการ บันทึก รวมทั้งการประเมินคุณภาพการบันทึก ทางพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีการเป็น นิเทศ ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการ เขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ดีมากขึ้นจึงส่งผล ให้การบันทึกมีความสมบูรณ์และครบถ้วนมากขึ้น ด้านปัจจัยเอื้อ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งภาพรวมและรายข้อ และด้านปัจจัยเสริม คะแนนเฉลี่ยภาพรวมและรายข้อส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับปานกลาง ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการ ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล จัดอัตรากำลัง ให้เหมาะสม มอบหมายงานให้พยาบาลดูแลผู้ป่วย มีระบบนิเทศงาน การตรวจสอบความสมบูรณ์ และมีการทบทวน นำผลการตรวจสอบมา วิเคราะห์ ส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการ พยาบาลหลังการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น แต่ปัจจัยเสริม ในเรื่องได้รับรางวัล คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ตาม เกณฑ์มาตรฐาน อยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็น ว่าควรมีการสร้างแรงจูงใจในทางบวกเพื่อให้เกิด

ความสำเร็จในการบันทึกทางการพยาบาลด้วย เพราะการบริหารให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน (Motivation at work) เป็นการจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) ปัญญาพร ฐิติพงศ์ และ ประสพชัย พสุนนท์ (2559) ถือว่าเป็นทฤษฎี การจูงใจในการทำงานซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่าง กว้างขวางในวงการบริหาร ในการที่องค์กรทำให้ พนักงานมีแรงจูงใจในการทำงาน โดยเฉพาะ แรงจูงใจที่เกิดขึ้นภายในตัวของพนักงานเองเพื่อ เสริมสร้างความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของตนเอง และตั้งใจปฏิบัติงานจนแล้วเสร็จด้วยความเต็มใจ ดังนั้น องค์กรควรรักษาระดับแรงจูงใจให้สูงอยู่ เสมอเพื่อเป็นแรงจูงใจบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. องค์กรพยาบาลต้องพัฒนาคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดย จัดอบรมความรู้ในการบันทึกการพยาบาล สม่ำเสมอและคงไว้ซึ่งระบบการตรวจสอบ คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
2. ควรพิจารณาการจัดการภาระงาน ของพยาบาลให้รับผิดชอบเฉพาะงานทางการ พยาบาลเท่านั้น และลดการทำงานส่วนอื่นที่ ไม่ใช่หน้าที่รับผิดชอบลง
3. ควรส่งเสริมปัจจัยเสริมทางบวก เรื่อง ได้รับรางวัล คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ตาม เกณฑ์มาตรฐาน มามีผลในการประเมิน สมรรถนะของพยาบาลในการประเมินผลงาน ประจำปี เป็นต้น โดยผ่านกระบวนการของ PDCA และในระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ใช้การมีระบบพี่เลี้ยงหรือการมี Coaching ของพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลมีความต่อเนื่อง สม่่าเสมอ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

องค์กรพยาบาลควรพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ให้ครบทุกหน่วยงาน

ที่ให้บริการ การปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนารูปแบบการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ตามบริบทของหน่วยงาน และศึกษารูปแบบการพัฒนาการนิเทศติดตามคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ใน ทีมพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์ทิวา เจียรณัย. (2559). การพัฒนาโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์: การวิจัยนำร่อง. *วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 22(2), 93-110.
- จันทร์เมือง ทนงยิ่ง และรัตนภรณ์ อุปแก้ว. (2557). *คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี*. สืบค้นจาก www.thawathos.net/wp
- ณิภา แสงกิตติไพบูลย์. (2554). *การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ด้วยคอมพิวเตอร์สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ศูนย์มะเร็งลพบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ธารินี ศิริวัลย์. (2557). การพัฒนากระบวนการนิเทศการบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลพบพระ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 187-199.
- นันทพร กว้างแก้ว. (2555). *ศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอมีเดีย.
- ปัญญาพร จิตติพงศ์, ประสพชัย พสุนนท์. (2559). แรงจูงใจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในบริษัทก่อสร้าง : กรณีศึกษา บริษัท อินเตอร์ เอ็กซ์เพิร์ท คอนสตรัคชั่น จำกัด. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 9(3), 1275-1292.
- ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562. (18 เมษายน 2562). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97ง. หน้า 30-36.
- พรศิริ พันธสี. (2562). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์อักษร.
- พัชรพร ตาใจ. (2555). *การพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหริภุญชัยเมโมเรียล จังหวัดลำพูน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- พัชรพร ตาใจ. (2562). บันทึกทางการพยาบาล: การเขียนบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 6(1), 60-67.
- วารุณี มีเจริญ และคณะ. (2553). ปัจจัยทำนายการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลสระบุรี. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 16(3), 406-420.
- วิหวดี สุวรรณศรวล, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2559). การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 43(3), 129-135.
- คันสนีย์ ปรีชาวงศ์. (2557). การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิสาร*, 34(3), 5-17.
- สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การประกันคุณภาพการพยาบาล : การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน*. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สิริลักษณ์ อินทร์ศร. (2557). *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- อภิวัน ขาวดง. (2558). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อรอนงค์ วงศ์มหาชัย. (2556). *การวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ระบบจำแนกการปฏิบัติ พยาบาลสากลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- Christine Urquhart, Rosemary Currell, Maria J Grant, and Nicholas R Hardiker. (2018). *Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494644/pdf/CD002099>
- Green, L.W., Krueter, M.W. (2005). *Health Promotion Planning: an Education and Ecological Approach*. (4th ed). New York: McGraw-Hill Education.
- Jefferies, D. et al. (2011). *A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation*. Retrieved from doi:10.1016/j.nedt.2011.08.017. Epub 2011 Oct 5.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1995). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. (2nd ed). Oxford: Oxford University Press.
- Tranter, S. (2009). *A hospital wide nursing documentation project*. Retrieved from http://cmu.worldcat.org/title/a-hospital-wide-nursing-documentation-project/oclc/470020748&referer=brief_results

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดนครปฐม*

ธีรนนท์ วรรณศิริ** ดวงพร ผาสวรรณ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในชุมชนของตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน 5 คน และผู้ดูแล 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 5 คน และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลนครปฐม 3 คน และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3 คน ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน แกนนำชุมชน 4 คน อสม. 5 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่มและแบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน 5 คน อายุระหว่าง 65-86 ปี เฉลี่ย 72 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว อายุระหว่าง 45-65 ปี เฉลี่ย 54 ปี ผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 5 คน มีอายุ 68-89 ปี อายุเฉลี่ย 82 ปี ผู้ดูแลอายุ 46-62 ปี อายุเฉลี่ย 51 ปี การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยองค์การบริหารส่วนตำบลรับนโยบายและจัดสรรงบประมาณ การตัดสินใจของทีมสุขภาพโดยการเพิ่มสมรรถนะเข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและเตรียมผู้ดูแล 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การคัดกรองเพื่อจัดกลุ่มในการดูแล การดูแลโดยทีมหมอครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลแม่ข่าย การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเป็นระยะ 3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุม อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ปรับระบบการบริการผู้สูงอายุดีขึ้น และ 4) การมีส่วนร่วมการประเมินผล โดยทุกโครงการที่ดำเนินงานกับผู้สูงอายุต้องประเมินผลให้กับแหล่งทุน และส่วนใหญ่ในการประเมินจะต้องสอบถามความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารท้องถิ่นควรประชาสัมพันธ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทุกภาคส่วนแก่ประชาชน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการ นอกจากนั้นควรมีนวัตกรรมการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์และการสนับสนุนการดูแลในภาวะฉุกเฉิน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดบ้าน, ผู้สูงอายุติดเตียง, การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564 หน้า 34-53

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Corresponding author, e-mail: theranun@hotmail.com, Tel. 0922838382

วันที่รับบทความ: 9 กันยายน 2564, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 30 พฤศจิกายน 2564, วันที่ตอบรับบทความ: 10 ธันวาคม 2564

Community Participation in the Home-bound and Bed-bound Elderly Care, Nakhon Pathom Province*

Theranun Wannasiri** Duangporn Pasuwan***

Abstract

Purpose: The purposes of this study were to study community participation in the care of bed-bound and home-bound elderly in a sub-district of Nakhon Pathom Province.

Design: Qualitative descriptive research

Methods: The key informants were 5 home-bound elderly and 5 caregivers, 5 bed-bound elderly caregivers, including home visiting health staff of Nakhon Pathom Hospital, 3 staff of Tambon Health Promoting Hospital, 5 village health volunteers (VHVs), 2 representatives of the Chief Executive of the Sub-District Administrative organization (SAO), and 4 community leaders. The research instruments consist of indept interview, focus group and Barthel activities of daily living form for the elderly. Data were analyzed using frequency, percentage and content analysis.

Main findings: The results show that all five home-bound elders were between 65 and 86 years, with an average age of 72 years, and that they were mostly cared for by family members. The caregivers were 45-65 years old, with an average age of 54. The bed-bound elders were 68-89 years old, with an average age of 82. Most of them had suffered a stroke and were paralyzed before they were bed-bound and fell into semiconsciousness. Most of the caregivers were their children, all of whom were 46-62 years old, with an average age of 51. Community participation included 1) participation in decision making by the Subdistrict Administrative Organization officials who accepted government policies and allocated budgets, and by the health team who increased the capacity of elderly care by being present as care managers and preparing caregivers, 2) participation in implementation, including annual check-up of the elderly to get them proper care, care by family doctor team, continuation of care of bedridden from the Mea-kai hospital, health team of Tambon Health Promoting Hospital visiting bed-bound and home-bound elders regularly, 3) participation in benefits through comprehensive care of the elderly, imparting health care knowledge to village health volunteers, improving service system for the elderly, 5) participation in evaluation by assessing each project after completion and involving people by answering satisfaction questionnaires.

Conclusion and recommendation: the local government should inform the people about community participation in elderly care of all sectors to facilitate access to services for the caregivers of the elderly. In addition, the community should have innovations that connect the health care team and patients to communicate adverse health changes and facilitate emergency care.

Keywords: Home-bound elderly, Bed-bound elderly, Community care for the Elderly

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021; 8(2), 34-53

*Research funding from the Nakhon Pathom Rajabhat University

**Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

***Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

Corresponding author, e-mail: theranun@hotmail.com, Tel. 0922838382

Received: 9 September 2021, Revised: 30 November 2021, Accepted: 10 December 2021

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เนื่องด้วยประชากรกลุ่มวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากการศึกษาขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 16.73 และมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ และพ.ศ. 2574 จะก้าวเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 (กรมอนามัย, 2563) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นในทางเสื่อม ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าตนเองมีสุขภาพค่อนข้างดี จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดี ร้อยละ 100 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เมื่ออายุ 80 ปี ขึ้นไปเหลือร้อยละ 76.2 ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป การทดสอบสมรรถภาพว่าเสื่อมร้อยละ 8.1 ส่วนการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาพบ ร้อยละ 16.9 จะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเสื่อมของอวัยวะพบว่าเป็นต่อกระดูก ร้อยละ 22.3 การบาดเจ็บพบมีพบน้อยกว่า 20 ซึ่ง ร้อยละ 52 ปัญหาการได้ยินร้อยละ 24.5 ภาวะซึมเศร้าพบสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี พบในเพศหญิงสูงสุดร้อยละ 8.5 การประเมินว่าสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ดี ปานกลาง และไม่ดี ร้อยละ 5.5, 32.6, 48.4 และ 12.5 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2559) จากการวิเคราะห์สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพในระดับต่างๆ ซึ่งอาศัยในชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน

เป็นผู้มีสุขภาพดี ร้อยละ 27 และมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 73 นอกจากนี้ได้มีการแบ่งผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง หรือกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ เรียกว่ากลุ่มติดเตียง โดยในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ประมาณ 1 ล้านบาท มีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

จากสถานการณ์ของประชากรสูงอายุดังกล่าวข้างต้นจึงต้องเตรียมความพร้อมด้านกำลังคนและเสริมสร้างศักยภาพของประชากรทุกช่วงวัยให้คงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด ครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพสมาชิกทุกคนโดยเฉพาะสมาชิกที่เจ็บป่วยตามสถานภาพในครอบครัวของตน มีการศึกษาการสังเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เพราะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทุกด้าน (รติยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ วัฒนอมชยวัช, 2560) นอกจากครอบครัวที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุแล้วการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน ในชุมชนมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมเยียน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค และการประสานงานในทีมดูแล (วสันต์ วิเชียร, 2559) ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พลังของชุมชนจึงมีส่วนสำคัญยิ่ง (อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ, 2561) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยความหมายของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for disease control and prevention) (Silberberg, 2011) หมายถึงขั้นตอนการทำงานร่วมกับบุคคลที่มีความใกล้ชิดกันทางภูมิศาสตร์ หรือมีความสนใจเป็นพิเศษ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายกันเพื่อแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนเป็นพลังในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพทำให้สุขภาพของชุมชนและสมาชิกดีขึ้น การเกี่ยวข้องกับความร่วมมือและพันธมิตรที่ช่วยระดมทรัพยากรและอิทธิพลของระบบ ทำให้เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างหุ้นส่วนและเป็นตัวเร่งให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โปรแกรมและการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในชุมชนมีหลายแบบได้แก่ การเป็นหุ้นส่วน อาจเป็นกลุ่มองค์กร หน่วยงาน (Agencies) สถาบัน หรือปัจเจกชน ความร่วมมืออาจจะร่วมในทางส่งเสริมสุขภาพ วิจัย หรือสร้างนโยบาย การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างความไว้วางใจ ระดมทรัพยากรและพันธมิตร สร้างการสื่อสารที่ดีขึ้น และปรับปรุง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งหมดให้ประสบผลสำเร็จจากความร่วมมือที่เกิดขึ้น

หลักการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) งานวิจัยของเพ็ญนภามะหามัต (2561) ได้ใช้แนวคิดนี้เป็นงานในการจัดรูปแบบการบริการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมได้แก่ 1) มีเครือข่ายการดูแลทุกภาคส่วน 2) สร้างระบบการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุติดเตียง 3) สร้างช่องทางการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือ 4) จัดทำแผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อของบประมาณช่วยเหลือ และ 5) สะท้อนข้อมูลป้อนกลับเพื่อการพัฒนา มีการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุซึ่งต้องมีส่วนร่วมของหลายหน่วยงานทั้งทางด้านจิตสวัสดิการ ด้านสุขภาพ และการศึกษาเป็นต้น มีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทและส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การทำงาน และการอยู่ร่วมกัน 3) ด้านการสนับสนุนให้มีศักยภาพ และการคุ้มครองผู้สูงอายุ 4) ด้านการใช้สารสนเทศและเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ และ 5) การจัดระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแล (นิมิตศุรา แว, วิจิต เรืองแป้น, วารุณี หะยีสามะสา, นิสาพร มุหะมัด, นฤมล ทองมาก,

2561) นอกจากนี้มีการศึกษาการมีส่วนร่วมในชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ ทั่วไประบบพื้นฐาน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการ ดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย หน่วยงานทำงานซ้ำซ้อน (วสันต์ วิเชียร, 2559) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมใน ชุมชน ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้และการ พัฒนาการดูแลแก่ผู้ดูแลหลักและพัฒนาการเยี่ยม บ้านแกนนำชุมชน การให้คำปรึกษา จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายผู้ดูแลชุมชน ส่งผลให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล, อรสา กงตาล และเกศินี สราญฤทธิชัย, 2557)

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดปริณทลของ กรุงเทพมหานคร ประชากรจึงมีวิถีชีวิตใกล้เคียง สังคมเมือง ใน พ.ศ. 2560 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 911,492 เป็นผู้สูงอายุ 142,221 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ (กรมการ ปกครอง, 2560) และตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในพ.ศ. 2561 มีประชากร 5,000 คน เป็นผู้สูงอายุ 950 คน คิดเป็นร้อยละ 19 ของ ประชากรทั้งตำบล เกือบจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่าง สมบูรณ์ ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านประมาณ 43 คน ติดเตียงประมาณ 14 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัมพาต และเป็นผู้พิการ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ข้อมูลผู้สูงอายุ จังหวัด นครปฐม, 2561) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยตระหนัก ถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในตำบลที่กำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจะนำมาสู่ การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในตำบลดังกล่าวให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และอาจขยายองค์ความรู้สู่ ตำบลอื่นที่จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ได้ด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุ ติดบ้านและติดเตียงในชุมชนของตำบลแห่งหนึ่งใน จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้ แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ประกอบด้วย 1) การมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-making) 2) การ มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม ดังกล่าวเป็นกรอบแนวคิดกว้าง ๆ เพื่อศึกษาการมี ส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ตาม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของชุมชน ตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การทำวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย ราชภัฏนครปฐม เลขที่ 024/2560 หลังจากนั้นได้ ทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อธิบายผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการ เก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล การรักษาความลับ การขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผล ใดๆ กับผู้ร่วมวิจัย และการเผยแพร่ผลงานวิจัยเป็น การนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงเชิงคุณภาพแบบ พรรณนา

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน 43 คน ผู้สูงอายุติดเตียง 14 คน และผู้ดูแล จำนวน 57 คน
2. ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียง ได้แก่ สมาชิกใน ครอบครัว ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลนครปฐม 10 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 60 คน องค์การบริหาร ส่วนตำบล 6 คน และผู้นำชุมชน 12 คน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้มาโดยการคัดเลือกแบบ เจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 5 คน

1.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ดังนี้

ผู้สูงอายุติดบ้านมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน มีการสื่อสารได้ดี ผู้สูงอายุ กระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน เป็นผู้ที่อยู่ในเศรษฐกิจที่ แตกต่างกันไป

1.2 เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย (Termination criteria) ดังนี้

ผู้สูงอายุขอถอนตัวออกจากการวิจัย และผู้สูงอายุเหนื่อยขณะให้ข้อมูล

2. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ผู้ดูแลให้ข้อมูลแทนเนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถให้ ข้อมูลได้

2.1 เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

ผู้ดูแลได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีผลรวม คะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน เป็นสมาชิก ในครอบครัว อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ หรืออยู่ใน ละแวกเดียวกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี สื่อสารได้ดี มีความกระตือรือร้นหรือร่วมมือในการ กระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน

2.2 เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ดูแล ขอถอนตัวจากกระบวนการวิจัย

3. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดบ้าน

3.1 เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรืออยู่ในละแวกเดียวกัน ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี สื่อสารได้ดี มีความกระตือรือร้นหรือร่วมมือในการกระบวนกรวิจัยทุกขั้นตอน

3.2 เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ ขอลถอนตัวจากกระบวนการวิจัย

4. ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลนครปฐมที่มารับบริการในชุมชนที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร จำนวน 3 คน และทีมสุขภาพที่ รพ.สต. ได้แก่ ผอ.รพ.สต. เป็นพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์แผนไทย รวม 3 คน อสม. ที่รับผิดชอบครัวเรือนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 5 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ร่วมในการดูแลหรือให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน โดยเป็นสมาชิกในทีมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

5. ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ ปลัด อบต. และหัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ที่ยินดีให้ความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย และเป็นผู้นำชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี

6. แกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน 3 คน รวม 4 คน โดยเป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือและอยู่ร่วมตลอดกระบวนการวิจัย เป็นผู้นำชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

2. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การแปลผล

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดสังคม มีผลรวมคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีผลรวมคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวันอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีผลรวมคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวันอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม

แบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน หรือผู้สูงอายุติดเตียงโดยแนวทางการสัมภาษณ์ดังนี้

2.2.1 การดูแลในเรื่องสุขภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจในการดูแลเป็นอย่างไร

2.2.2 ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร

2.2.3 การเข้าถึงองค์กรทางสุขภาพเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นอย่างไร

2.2.4 ปัญหาอุปสรรคและความยุ่งยากที่พบในการดูแลมีอะไรบ้างและแก้ไขปัญหายังไง

2.2 แนวทางการสนทนากลุ่มผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน

2.2.1 บทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน

2.2.2 มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.3 แนวทางการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางสุขภาพ

2.3.1 บทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.3.2 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

3. อุปกรณ์และแบบบันทึกข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล

อุปกรณ์ที่ใช้และแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย

3.1 เครื่องอัดเทป

3.2 กล้องถ่ายรูป หรือใช้ในการถ่ายภาพสภาพแวดล้อมที่บ้าน หรือในชุมชน โดยได้รับอนุญาตจากผู้เกี่ยวข้อง

3.3 สังเกตการณ์เยี่ยมบ้านของบุคลากรทางสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล โดยไม่มีส่วนร่วมใด ๆ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม และทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้านผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามตัวแปรที่ศึกษา และนำมาทดสอบความเป็นไปได้โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียง จำนวน 3 คน

ผู้นำชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ ที่ไม่ได้เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน เพื่อทดสอบความชัดเจนของข้อคำถาม และนำมาปรับปรุงเมื่อข้อความไม่ชัดเจน

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมแล้ว ผู้ร่วมวิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ประชุมในการใช้แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มในการเก็บข้อมูล ให้ความเข้าใจตรงกัน ถ้ามีประเด็นใดที่ขัดแย้งจะถามผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาข้อยุติ

2. ขอข้อมูลผู้ป่วยที่ติดบ้านและติดเตียงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนัดหมายกับผู้ดูแล

3. นัดหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเก็บข้อมูลที่บ้าน อธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล

4. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ได้แก่ การได้รับการรักษาพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพ

5. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) ผู้สูงอายุ

6. สอบถามและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดบ้านผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรก ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที และครั้งที่ 2 ใช้

เวลา 1 ชั่วโมง และสังเกตพฤติกรรมการดูแล
ผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน

7. การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนร่วมในชุมชน
ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและการจัดสวัสดิการ

กลุ่มที่ 1 ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล
และผู้นำชุมชน ได้แก่ ปลัดอบต. ผู้อำนวยการกอง
สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กำนันผู้ใหญ่บ้าน ใช้
เวลา 2 ชั่วโมง

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการทางสุขภาพ แบ่งเป็น
2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ โรงพยาบาลนครปฐม
ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด
ซึ่งผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม
การเยี่ยมบ้านด้วย

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย อสม. ใช้
เวลา 2 ชั่วโมง

ในกรณีที่ผู้นำชุมชนหรือผู้ให้บริการ
สุขภาพบางคนไม่สามารถมาร่วมสนทนากลุ่มได้ จะ
ใช้การสัมภาษณ์แทน ซึ่งพบว่าผู้ที่เข้าร่วมสนทนา
กลุ่มไม่ได้ 2 คน จึงใช้การสัมภาษณ์แทน ใช้เวลา 1
ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน และร้อยละ
และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์
เนื้อหา โดยกำหนดแก่นสาระการตีความ โดยผู้วิจัย
3 คน อย่างเป็นอิสระ ในการหาข้อสรุปประเด็นหลัก

และการให้ความหมาย ในประเด็นที่หาข้อสรุปไม่
ตรงกัน จะนำข้อมูลมายืนยันกับผู้ให้ข้อมูล และหา
ข้อสรุปร่วมกันอีกครั้ง

การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดย

1. เก็บรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธี ได้แก่
แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต ซึ่งแต่
ละวิธีมีข้อมูลที่สัมพันธ์กัน จะสามารถตรวจสอบ
กันได้

2. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปให้
ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบยืนยันให้แน่ใจว่าเป็นข้อมูล
จริง

3. ผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล
มากพอที่จะได้ข้อมูลจริง ได้แก่การเข้าร่วมกิจกรรม
บางกิจกรรมของชุมชน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุติดบ้าน 5 คน
อายุระหว่าง 65-86 ปี เฉลี่ย 72 ปี ผู้ดูแล เป็น
สมาชิกในครอบครัว อายุระหว่าง 45-65 ปี เฉลี่ย
อายุ 54 ปี ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ติดบ้าน ได้แก่
ปวดเข่า ต้องใช้ไม้ค้ำยันเวลาเดิน เป็นโรคความดัน
โลหิตสูง โรคสมองเสื่อม หลงลืม มีอาการจิตเวช
รุนแรงเป็นบางครั้ง เป็นโรคเบาหวาน โรคตับแข็ง
ระยะเวลาที่เป็นกลุ่มติดบ้าน 2-5 ปี ด้านเศรษฐกิจ
เบิกได้ 1 คน มีธุรกิจ 1 คน นอกนั้นจะใช้เบี้ยยังชีพ
ของผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 5 คน มี
อายุ 68-89 ปี อายุเฉลี่ย 82 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรค

หลอดเลือดสมองตีบ เป็นอัมพาต ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มติดบ้านมา 2-10 ปี แล้วจึงเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่บุตรเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยจะไม่ค่อยรู้สึกตัว ผู้ดูแลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลอายุระหว่าง 46-62 ปี เฉลี่ยอายุ 51 ปี

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ผู้บริหารท้องถิ่นรับนโยบายจากรัฐบาลกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมโดยเริ่มตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปี 2561 เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จะพัฒนาระบบเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน โดยมีเป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยให้ทุกชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุข การมีส่วนร่วมดังนี้

1.1 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จะจัดสรรงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านการเสนอโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คณะกรรมการ

ขององค์การบริหารส่วนตำบล มีทั้งข้าราชการท้องถิ่น การเมืองและภาคประชาชนร่วมกันพิจารณา โครงการที่เสนอขอ ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

1.2 พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ตัดสินใจเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุโดยเข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการดูแล (Care manager: CM) การดูแลผู้สูงอายุจัดโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีมาตรการส่งเสริมให้ชุมชน/ท้องถิ่นมีระบบการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คนพิการ จึงได้จัดโครงการอบรมพยาบาลในชุมชนให้เป็นผู้จัดการพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้สอนในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การเขียนแผนการดูแล การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล ซึ่งพยาบาลใน รพ.สต. จะร่วมในการอบรม ดังคำกล่าว

“หลักสูตร CM ฝึกอบรม 5 วัน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นปัญหาของสังคมผู้สูงอายุ ขั้นตอนการปฏิบัติงานเป็น CM เทคนิคการสัมภาษณ์ในระบบ CM การรับรู้เหตุการณ์ ความเข้าใจการประเมิน และการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน ในสถานบริการและชุมชน ซึ่งหลักสูตรนี้จะได้นำมาใช้ในตำบล “ (พยาบาลวิชาชีพ)

1.3 ทีมสุขภาพตัดสินใจคัดเลือก อสม. เข้ารับการอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

ทีมสุขภาพใน รพ.สต. จะรับสมัคร อสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้มีความรู้และ

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคม

“จะรับสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยคัดเลือกจาก อสม. ก่อน และถามความสมัครใจ นำร่อง 2 คน และมีค่าตอบแทนเป็นรายเดือน” (พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.)

“จะดูแลผู้สูงอายุตามที่พยาบาลวางแผนไว้ ซึ่งพยาบาลจะประเมินผลทุกครั้งที่ทำให้การดูแล” (อสม. CG1 และ CG2)

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการของชุมชน โดย

2.1 โรงพยาบาลแม่ข่ายจะเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล

การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ของเครือข่ายโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยติดเตียงเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะต้องได้รับการสอนจากโรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจะได้รับการสอนจากหอผู้ป่วยก่อนจำหน่าย นอกจากนั้นกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลจะมีศูนย์ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องและเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม และแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนื่องในชุมชน พยาบาลประจำตึกทำการวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) พยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมทำการวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยอยู่นอกเขตของเครือข่าย และอยู่ในเขตของเครือข่าย ถ้าเป็นผู้ป่วยอยู่นอกเขตจะส่งต่อชุมชนที่รับผิดชอบผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนต้องการการรักษาเพิ่มเติมจะส่งต่อ

คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และแจ้งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนกลับไปยังแผนกผู้ป่วยนอก (Out patient department) หรือหอผู้ป่วยใน (In patient department) ทุก 3 เดือน

โรงพยาบาลแม่ข่ายจะเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงปีละ 1-2 ครั้ง โดยทีมเยี่ยมประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยจะประเมินสภาพร่างกาย ทำกายภาพบำบัด สอบถามปัญหาและความต้องการจากผู้ดูแล ตรวจสอบเรื่องยา ดังคำกล่าว

“จะทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยตามปัญหาของเขาทุกครั้งที่มาเยี่ยมและจะสอนญาติและเจ้าหน้าที่ที่ไปด้วย” (นักกายภาพบำบัด)

“ตรวจสอบยาผู้ป่วยว่ามีอะไรบ้าง และสอนว่ายานี้แก้อะไร กินอย่างไรแก้อาการ” (เภสัชกร)

เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน จะมีพยาบาลที่ รพ.สต. ดูแลต่อและส่งข้อมูลการดูแลและปัญหาของผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลแม่ข่ายทุก 3 เดือน

2.2 รพ.สต. ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และบันทึกข้อมูลปัญหาผู้ป่วย การดูแล ส่งโรงพยาบาลแม่ข่ายทุก 3 เดือน

ทีมพยาบาลของ รพ.สต. จะประเมินผู้ป่วยติดเตียงในระยะแรกรับจากศูนย์การดูแลต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีข้อมูลการรักษา พยาบาลและปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ทีมสุขภาพประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและพนักงานสาธารณสุขจะประเมินผู้ป่วยและสอบถามญาติถึงการดูแลให้การดูแลตามสภาพปัญหา ดังคำกล่าวที่ว่า

“จะประเมินปัญหาผู้ป่วยและเขียน
อาการแรกเริ่ม เช่นตัวอย่างการบันทึกแบบตอบรับ
การส่งต่อศูนย์ส่งต่อเพื่อการดูแล
ต่อเนื่อง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม การเขียนบันทึก
ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย ...โรค....อาการของผู้รับบริการ
และบริการที่ให้การดูแลที่บ้าน ได้แก่ ติดตามเยี่ยม
ผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี มีแผลกดทับที่ก้นแผล
แดงดี ดูแลทำแผลให้แนะนำการดูแลแผลกดทับ
และอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล BP 90/50
mmHg Pulse 84 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยใส่สายสวน
ปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน ให้
คำแนะนำการดูแลสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกัน
การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยไม่กล้า
ขยับตัวเพราะกลัวเจ็บแผล จึงแนะนำให้พลิก
ตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่ม และ
สอนการบริหารกล้ามเนื้อขา เพื่อป้องกันข้อติด
แนะนำเรื่องอาหาร และแนะนำวิธีการใช้ยาพ่นที่
ถูกวิธี “ พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. เมื่อประเมิน
อาการและให้การดูแลแล้วจะส่งแบบบันทึกไปที่
ศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลแม่ข่าย

2.3 การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านและ
ติดเตียงตามแผนของ รพ.สต.

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติด
บ้านอย่างน้อยปีละครั้ง ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ
จะให้คำแนะนำเพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้สูงอายุติด
บ้านส่วนใหญ่จะช่วยเหลือตนเองได้ มีปัญหาทาง
สุขภาพหลากหลายชนิด ได้แก่ รายที่ 1 เดินไม่ถนัด
ต้องใช้ไม้ค้ำ จะไปตรวจที่โรงพยาบาลต้องจ้าง
คนขับรถไปส่ง รายที่ 2 โรคสมองเสื่อมจะมี

บุตรสาวคอยดูแลในการทำกิจกรรม รายที่ 3 มี
ปัญหาทางจิตเวชเคยรักษาตัวที่โรงพยาบาลอาการ
ดีขึ้นจึงมาอยู่บ้าน ไม่ค่อยพูด ไม่อยากออกจากบ้าน
รายที่ 4 มีปัญหาปวดเข่าจะทำสวนปลูกผักที่บ้าน
ไม่ไปไหน รายที่ 5 เป็นหลายโรค ได้แก่เบาหวาน
ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง แต่ก่อนทำธุรกิจ ปัจจุบัน
มีปัญหาสุขภาพ จะไม่ออกสังคมอยู่กับภรรยา ส่วน
บุตรทำงานที่กรุงเทพ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดจะจ้าง
ผู้อื่นช่วยเหลือถ้าผู้ดูแลไม่สามารถทำได้ ดังคำ
กล่าวที่ว่า

“ในช่วงปีที่แล้วจะขับรถไปโรงพยาบาล
ได้แต่ปีนี้จ้งรถไปรับส่งเพราะเดินไม่ไหว” (ผส.
ติดบ้าน 1)

ผู้ดูแลจะช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหาของ
ผู้ป่วยที่ปรากฏ ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทาง
ผู้ป่วยติดบ้านจะมีปัญหาแตกต่างกัน เช่นเดินไม่
ไหวปวดหัวเข่า โรคสมองเสื่อม เป็นโรคทางจิตเวช
ทำให้ไม่สามารถออกจากบ้านไปโดยลำพัง ส่วน
ใหญ่จะอยู่กับบ้าน ช่วยกิจกรรมที่ทำในครอบครัว
ได้ เช่นช่วยทำสวน ดังคำกล่าวที่ว่า

“สมองเสื่อมรับประทานอาหารได้เอง
แต่หกรึ่ยราด ส่วนใหญ่จะป้อนอาหาร บางครั้งไม่
ยอมรับประทาน เดินหลงไปบ้านคนอื่น” (ผู้ดูแลติด
บ้านคนที่ 2)

“ปวดเข่าจะมียากิน ไม่ต้องออกไปไหน
ทำสวนที่บ้านทุกวัน” (ผู้ดูแลติดบ้านคนที่ 4)

ส่วนผู้ป่วยติดเตียงที่สุขภาพจะเยี่ยม
อย่างน้อยทุกเดือน อาจเพิ่มจำนวนครั้งของการเยี่ยม
ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย เช่น ไปทำแผลกดทับ

หรือผู้ป่วยมีอาการผิดปกติอาจต้องส่งต่อไปโรงพยาบาล นอกจากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ช่วยดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ จะแจ้งอาการผิดปกติให้พยาบาลที่ รพ.สต. ให้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องทำงานนอกบ้าน การดูแลผู้ป่วยลดน้อยลงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน บางครอบครัวผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับและข้อติด เมื่อทีมสุขภาพได้แนะนำการพลิกตะแคงตัวหรือการบริหารข้อแก่ญาติผู้ป่วยแล้ว จะแนะนำให้ญาติทำบ่อยๆ บางบ้านญาติมีภาระงานที่ทำ จึงอาจจะไม่ได้พลิกตะแคงผู้ป่วยเป็นประจำ

“เราไม่ได้พลิกตัวเป็นระยะ ลูกกลับจากโรงเรียนจะช่วยยกแขน ขา ให้อยู่ ตอนกลางวันเราค้าขาย” (ผู้ดูแล 1)

“ญาติผู้ป่วยบางคนจะไม่ทำกิจกรรมตามที่บอกทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ หรือข้อติด” (เจ้าหน้าที่คนที่ 1)

2.4 คัดกรองผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชนทุกปีเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม

ในรพ.สต. ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะคัดกรองผู้สูงอายุทุกปี และจัดกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลที่เหมาะสม ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง จะสอนวิธีการดูแลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยติดเตียง ในรพ.สต. มีเอกสารการคัดกรองผู้สูงอายุทุกคนในรพ.สต.

2.5 แต่งตั้งทีมหมอครอบครัวของตำบลเพื่อรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง

ทีมสุขภาพ รพ.สต. ได้แต่งตั้งทีมหมอครอบครัวให้รับผิดชอบผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในแต่ละพื้นที่ทีมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจมีหลายทีมขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ในแต่ละทีมจะดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและติดบ้าน รวม 4-5 คน ดูแลหมุนเวียนเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน จะมีการจัดทีมดูแลที่ชัดเจน และนำปัญหามาปรึกษาหารือกันในพื้นที่ และระหว่างทีมดังกล่าว

“เยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละครั้งจะต้องไปกับทีมสุขภาพที่รับผิดชอบด้วย ดูแลและให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่นการทำความสะดวกหลังให้อาหาร หรือการบริหารข้อ” (อสม.1)

“เมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละคนแล้ว เราจะนำปัญหามาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อจะได้ดูแลอย่างถูกต้อง หรือมารับรู้ปัญหาร่วมกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1)

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

3.1 ผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง จะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น เพราะจากการบริการ เช่นมีทีมหมอครอบครัว จะต้องดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบ ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือจาก อสม. ที่อยู่ใกล้บ้านเมื่อต้องการ

ความช่วยเหลือด่วน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นคนในพื้นที่รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยอย่างมาก และรับผิดชอบผู้ป่วยในละแวกบ้าน คนละ 10-15 หลังคาเรือน

3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพจากพยาบาลวิชาชีพ ทุกเดือน เช่น ปัญหาการเกิดโรคระบาด หรือการแก้ปัญหาที่ตนเองประสบในชุมชนกับทีมสุขภาพ นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานทางด้านการศึกษามาจัดโครงการทางด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับรู้ถึงปัญหาทางสุขภาพและสามารถแก้ไขได้ในระดับหนึ่ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ใกล้บ้าน 2 ราย เมื่อเขามีปัญหาเขาก็เรียกพี่ เช่นบ้านหนึ่งเขาจ้างคนเฝ้ากลางวันเพราะลูกสาวไปทำงาน สายายางให้อาหารหลุด คนเฝ้าจะตะโกนบอกเรา และเราก็โทรบอกที่ รพ.สต. ให้มาใส่สายให้” (อสม. 2)

“แม่เคยซึม เหงื่อออกตัวเย็น ไม่รู้สึกตัว เราก็บอก อสม. ให้มาเจาะน้ำตาล ” (ผู้ดูแล 1)

3.3 ปรับระบบการทำงานในการดูแล ผู้สูงอายุดีขึ้น ได้แก่การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พยาบาลประเมินผู้ป่วยและเขียนแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติ และประเมินผลจากการปฏิบัติ โดยพยาบาลติดตามประเมินผลในการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การดำเนินงานในชุมชนต้องเขียนโครงการเพื่อของบประมาณ ในโครงการจะมีแบบประเมินผลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผู้พิจารณาประเมินผลทั้งในองค์การบริหารส่วนตำบลและ รพ.สต. จะมีคณะกรรมการตรวจสอบทั้งภาครัฐและประชาชน นอกจากนั้นยังมีการสอบถามความพึงพอใจจากผู้รับบริการด้วย ซึ่งการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตรวจสอบ และติดตามผลของกิจกรรมหรือโครงการว่าบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้อย่างไร รับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการได้

การอภิปรายผลการวิจัย

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหารท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบล จะทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุ โดยการเตรียมบุคคลเข้ารับการอบรมดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การอนุมัติงบประมาณโครงการดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วยผู้บริหารท้องถิ่น ข้าราชการประจำ และมีตัวแทนจากภาคประชาชน เช่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้าน และกำนัน การสนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้

และร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) นอกจากนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ตั้งทีมหมอครอบครัว ให้รับผิดชอบผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในตำบลหนึ่งมีหลายทีม โดยทีมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.กระจายดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นองค์กรที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดบริการสาธารณะแก่ชุมชน รวมทั้งภารกิจเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยและผู้ด้อยโอกาส ซึ่งพระราชบัญญัติ โดยรัฐได้กระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดแพร่ พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุมีปัญหามากด้านสุขภาพอนามัย ครอบครัว ด้านสังคม ด้านการงาน อาชีพ แนวทางการพัฒนาโดยการนำแผนยุทธศาสตร์นำไปปฏิบัติจริงในการให้ความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบครัว การตรวจสุขภาพประจำปีและการตั้งศูนย์พัฒนาผู้สูงอายุให้เหมาะสม ด้านสังคมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและเกิดความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการการแจกสิ่งจำเป็นให้ผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการรถเมื่อ

เจ็บป่วย ด้านครอบครัวให้ปรับปรุงที่อยู่อาศัย การสร้างสายใยรักให้ครอบครัว (ภูมิวัฒน์ พรวนสุข, 2558) การศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ขั้นตอนการตัดสินใจครอบคลุม 3 ส่วน ได้แก่ 1) การเข้าร่วมพัฒนาสุขภาพโดยใช้การสื่อสารระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ดำเนินการพัฒนา 2) การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพของชุมชน ทำให้รับทราบข้อมูลที่เป็นปัญหา 3) การวิเคราะห์ทางเลือกการพัฒนา (รติยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพรพรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, และดลปัทฏ์ ทรงเลิศ, 2561) ดังนั้นในขั้นตอนการตัดสินใจจึงเป็นขั้นตอนแรกๆให้ผู้มีส่วนร่วมได้เข้ามาร่วมพัฒนางาน โดยคิดจะทำอะไร ใช้วิธีการอย่างไร ซึ่งถ้าการตัดสินใจที่ดีจะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการของชุมชน

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงขององค์การบริหารส่วนตำบล โดย 1) สํารวจผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพและผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยฝ่ายพัฒนาชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือ ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลจะมีหน่วยงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมจะทำงานประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียกว่านักบริบาลท้องถิ่นไปอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยทำงานประสานงานกับผู้ดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Care giver) ส่วนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีดังนี้ 1) การดูแลต่อเนื่อง

จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยติดเตียงที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมาชุมชนพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยติดเตียงในระยะแรก ซึ่งรับจากศูนย์การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลต่อในครอบครัว ญาติผู้ป่วยจะได้รับการสอนการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ก่อนจำหน่ายพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยและส่งต่อให้ชุมชนดูแลและต้องรายงานอาการให้โรงพยาบาลแม่ข่ายทุก 3 เดือน ดังการศึกษาของจุฑาทิพย์ กอญจันทร์ศรี และอรสา กงตาล (2556) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม ศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลแม่ข่ายจะมาเยี่ยมผู้ป่วยปีละ 2 ครั้ง การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังการศึกษาถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home health care nursing) ได้แก่ (1) ผู้รับบริการและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น (2) ภาวะจิตใจผู้ป่วยดีขึ้นจากการอยู่ในครอบครัว (3) ลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาลทำให้ลดการติดเชื้ (4) ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการเดินทางและของ

โรงพยาบาล (5) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว สร้างความเสมอภาคทางสังคมที่ไม่สามารถนอนโรงพยาบาลได้ และทำให้ครอบครัวพึ่งพาตนเองได้ (นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร, 2557) เมื่อชุมชนรับผู้ป่วยจะต้องประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลตามปัญหา เขียนการดูแลต่อเนื่องส่งต่อให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ นอกจากนั้นทางโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมบริจาคสิ่งของให้ผู้สูงอายุต้องการ หรือการให้ยืมสิ่งของจำเป็นในการรักษา เช่น เตียงนอน ถังออกซิเจน รถนั่ง (Wheel chair) เป็นต้น การศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดเลือดสมองในชุมชน (เสาวลี นิจอภัย, 2560)

2) พยาบาลในชุมชนเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยการอบรมเป็นผู้จัดการพยาบาลการดูแล (Care manager) เพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบตั้งแต่เขียนแผนการพยาบาล จนถึงการประเมินผล เพื่อวางแผนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในชุมชน ซึ่งกรมอนามัยเป็นผู้จัดให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หลักสูตรจำนวน 5 วัน ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาในเรื่องปัญหาของผู้สูงอายุ หลักการพื้นฐานการบริหารจัดการการพยาบาลดูแล จนถึงการศึกษาปฏิบัติในชุมชนเพื่อประเมินผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อม และการให้การพยาบาล หลักสูตรนี้ทำให้พยาบาลในชุมชนวางแผนการดูแลได้ถูกต้อง (สำนักอนามัย กรมอนามัย,

2558) ในครอบครัวที่เข้มแข็ง มีความพร้อมทั้งทางด้านความรู้ และฐานะเศรษฐกิจจะดูแลผู้สูงอายุได้ดี สามารถซื้ออุปกรณ์ในการประเมินสุขภาพได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาล ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลทำให้มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ (ธีรนนท์ วรรณศิริ, 2559) 3) การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อมีความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และ 4) การคัดกรองผู้สูงอายุทุกปี เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุจะได้วางแผนในการดูแลให้เหมาะสม ถ้าชุมชนมีการคัดกรองผู้สูงอายุในเรื่องอื่นนอกเหนือจากการทำกิจวัตรประจำวันจะทำให้พัฒนาผู้สูงอายุป้องกันการเป็นผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย (วีรพล กิตติพิบูลย์ และนิธิรัตน์ บุญตานนท์, 2563) โดยการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว การมองเห็น การทดสอบสภาพสมองเสื่อม ทดสอบความซึมเศร้า และจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาผู้ที่มีปัญหา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมากต่อกิจกรรม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อการลดความผิดปกติ จากผลการคัดกรองสุขภาพของตนเอง และต้องการนำ

ความรู้ และทักษะต่างๆ ไปเผยแพร่ต่อให้กับคนอื่นๆ

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจะได้รับการดูแลครอบคลุมจากชุมชน จากการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งประกอบด้วยผู้บริหาร ภาคประชาชนที่ร่วมเป็นคณะกรรมการและองค์กรทางสุขภาพ การได้รับผลประโยชน์อย่างน้อยที่สุดมี 3 อย่าง ได้แก่ (1) วัสดุ สิ่งของ (Material) ผู้สูงอายุได้รับอุปกรณ์ต่างๆ ในการดูแลหรือค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลให้ผู้สูงอายุ (2) ด้านสังคม (Social) ได้แก่ การมีโครงสร้างพื้นฐานดีขึ้น หรือคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุได้รับการประเมินอย่างน้อยปีละครั้ง (3) ส่วนบุคคล (Personal) โดยผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุม (Cohen & Uphoff, 1980) 2) อสม. มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวตนเองเมื่อมีผู้สูงอายุในบ้านหรือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3) เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ในการดูแลเพิ่มขึ้น และรู้ถึงแหล่งที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจะลดความเครียดในการดูแลลงได้ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนควรมีลำดับขั้นดังนี้ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลถึงความรับผิดชอบ (information) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ 2) เป็นที่ปรึกษา (Consultation) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงนโยบาย 3) การมีส่วนร่วม (Involvement) ซึ่งเป็นผลกระทบที่ใหญ่ที่สุด เป็นการตัดสินใจขั้นสุดท้าย แต่มี

ค่าสูงสุด 4) การทำงานร่วมกัน (Collaboration) และ 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่สูงที่สุด (Lodewijckx, 2021) ในงานวิจัยนี้ได้ศึกษาพบว่ามีการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามขั้นตอนดังกล่าวในการทำงานของทีมบริหารท้องถิ่น แกนนำชุมชน ทีมสุขภาพ และ อสม. ตั้งแต่การให้ข้อมูลข่าวสารจนถึงการเสริมพลังอำนาจให้ทีมสุขภาพ และ อสม. เพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวควรได้รับการเสริมพลังอำนาจด้วยเพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมอย่างครอบคลุม

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

โครงการที่ได้รับงบประมาณในชุมชนทั้งขององค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เมื่อจบโครงการแล้วจะต้องประเมินโครงการตามแบบที่กำหนด ซึ่งผู้ร่วมประเมินประกอบด้วยข้าราชการประจำและการเมือง รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน การประเมินผลเป็นการตรวจสอบผลการดำเนินงานและร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะท้องถิ่นต้องเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ถ้าประชาชนมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญจะทำให้เกิดกระบวนการตั้งแต่เริ่มโครงการจนสิ้นสุดโครงการ (อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ, 2561)

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพต้องมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน ในการให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมจะให้ความรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และต้องฝึกอบรมในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งจะส่งเสริมสุขภาพกาย จิตและสังคม การทำกิจกรรมในชุมชนมีทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรทางสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสุขภาพควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงให้ผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงอธิบายถึงหน่วยงานที่จะสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ดูแล พร้อมทั้งให้การตรวจสุขภาพประจำปีด้วย

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง
2. ศึกษาการเพิ่มพลังอำนาจของครอบครัวและผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
3. ศึกษาเชิงปฏิบัติการให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2560). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-125_1.pdf
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย. (2563). รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ: ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี. สำนักอนามัย: กรุงเทพมหานคร.
- ข้อมูลผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม. (2561).ระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (HDC). สืบค้นจาก <https://hdc.ntwo.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. (2556). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. ใน *Graduate Research Conference 2012 Khon Kaen University*, (น. 658-669), ขอนแก่น, ประเทศไทย.
- ธีรนนท์ วรรณศิริ. (2559). สัมพันธภาพในครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 31-50.
- นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร. (2557). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(2), 92-108.
- นิมิตตรา แว, วิจิต เรืองแป้น, วารุณี หะยีสามะสา, นิสافر มุหะมัด, นฤมล ทองมาก. (2561). รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้ในทศวรรษหน้า. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(1), 86-96.
- เพ็ญญา มะหะหมัด. (2561). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(2), 51-63.
- ภูมิวัฒน์ พรวนสุข. (2558). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตจังหวัดแพร่. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุตัน*, 10(1), 77-87.
- รศยานภิศ รัชตะวรรณ และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2560). ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 135-150.

- รศ.ยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก วรณรัตน์ จงเขตกิจ ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(1), 231-237.
- วสันต์ วิเชียร. (2559). หลักการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *Journal of Buddhist Studies*, 8(2), 81-93.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 (2557). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- วีรพล กิตติพิบูลย์ และนิธิรัตน์ บุญตานนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาวะเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 158-171.
- ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล, อรสา กงตาล และเกศินี สราญฤทธิชัย. (2557). การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน: เครือข่ายปทุมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(3), 84-93.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559. สืบค้นจาก http://phn.bangkok.go.th/file_book
- สำนักอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care manager กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- เสาวลี นิจอภัย. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในชุมชน: กรณีศึกษา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 321-328.
- อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี. *วารสารร่มพญักษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*, 30(3), 46-65.
- Cohen, J. and Uphoff, N. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8, 213-235. DOI: 10.1016/0305-750X(80)90011-X.
- Lodewijckx, I. (2021). *The levels of community engagement, based on the participation ladder*. Retrived from <https://www.citizenlab.co/blog/civic-engagement/ladder-citizen-participation/>
- Silberberg, M. (Ed). (2011). *Principle of community engagement*. (2nd ed). NIH Publication: USA.

การประเมินผลหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน*

พัชรภรณ์ อารีย์**, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย***, เนตรชนก ศรีทุมมา****,
นฤมล ปทุมรักษ์****, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) โดยการประเมินผลความพึงพอใจในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ตามแนวคิดโมเดล ซิปป์ของสตาฟเฟิลบีม และคณะ (1971)

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงประเมินผลแบบผสมผสาน

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณคือ ผู้บริหารและอาจารย์ 13 คน ผู้สำเร็จการศึกษา 6 คน นักศึกษาที่กำลังทำวิทยานิพนธ์ 16 คน และผู้ใช้ดุษฎีบัณฑิต 4 คน และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคือ นักศึกษาที่กำลังทำวิทยานิพนธ์ 8 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ 3) แบบสอบถามประเมินผลผลิตหรือคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษา 4) แบบสอบถามประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามความต้องการของสถานประกอบการ และ 5) แนวการสนทนากลุ่ม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามที่ 2-4 เท่ากับ .90, .90 และ .90 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามดังกล่าวเท่ากับ .98, .97 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติวิเคราะห์ตามเนื้อหา

ผลการวิจัย : ผลการวิจัยพบว่า บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของหลักสูตรตามความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา นักศึกษา และผู้ใช้ดุษฎีบัณฑิตอยู่ในระดับมาก วัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีความสอดคล้องกับความต้องการทางการบริหารการพยาบาลโดยเฉพาะจุดเน้นการบริหารและการวิจัย โครงสร้างของหลักสูตรมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการของหลักสูตรมีความเหมาะสม สำหรับผลผลิตคือ ผู้สำเร็จการศึกษา มีคุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงานดีเป็นไปตามความต้องการของผู้บริหาร อาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษาและผู้ใช้ดุษฎีบัณฑิต ผู้สำเร็จการศึกษามีความสำเร็จในหน้าที่การงานในวิชาชีพและเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้เรียนในหลักสูตร หลักสูตรนี้ควรมีการปรับปรุงเกี่ยวกับ 1) โครงสร้างหลักสูตรควรมีรายวิชาปฏิบัติที่นักศึกษาได้ติดตามผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง 2) ปรับเนื้อหาบางรายวิชา และมีการกำหนดขอบเขตของหัวข้อวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษา 3) ลดจำนวนรายวิชาเพื่อให้นักศึกษาทำวิทยานิพนธ์เร็วขึ้น 4) ปรับบริบทที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ ห้องเรียนวิทยานิพนธ์ที่ส่งเสริมการเรียนรู้กับอาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ให้บริการสม่ำเสมอและเสมอภาค ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการสอน และมีการพัฒนาวิชาการร่วมกันระหว่างศิษย์เก่า นักศึกษา และอาจารย์

สรุปและขอเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรนี้ให้ตรงตามความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และเป็นไปตามระบบการประกันคุณภาพการศึกษา

คำสำคัญ: การประเมินผลหลักสูตร, หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, โมเดลซิปป์

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564 หน้า 54-75

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*****อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, e-mail: areepatcharaporn@gmail.com Tel. 0632349697

วันที่รับบทความ: 13 กรกฎาคม 2564, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 24 กันยายน 2564, วันที่ตอบรับบทความ: 9 ตุลาคม 2564

The Curriculum Evaluation of Doctor of Philosophy in Nursing Management, Christian University of Thailand*

Patcharaporn Aree**, Phechnoy Singchugchai***, Netchanok Sritoomma****

Narumon Prathomaruk****, Kannika Chatdokmaiprai*****

Abstract

Purpose : The objective of this research was to evaluate the curriculum of Doctor of Philosophy in Nursing Management (2559 B.E.), College of Nursing, at a Private University. The evaluation focused on context, input, process, and product, using the CIPP model of Stufflebeam et al (1971)

Design : Curriculum evaluation with mixed method research.

Methods : The samples participated the quantitative research were 13 administrators and instructors, 6 graduates, 16 doctoral students, and 4 educates' employers, and the informants participated the qualitative research were 8 doctoral students. The research instruments were as follows: 1) Personal characteristics questionnaire, 2) Context, input factors, and process evaluation questionnaire, 3)Product evaluation or characteristic desire evaluation according to graduate questionnaire, 4)Characteristic desire evaluation according to organizational need questionnaire, and 5) Focus group interview guideline. The content validity index of research instrument no. 2-4 were .90, .90, and .90, respectively. The reliability of these three questionnaires were .98, .97, and .94, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Main findings: The results of the study showed found that the context, input factors, process, and product of the curriculum, as perceived by administrators and instructors, graduates, students and educates' employers were at a high level. The curriculum objectives were consistent with desire and emphasis clearly on administration and research. The curriculum structure was appropriate and consistent with objectives. The input factors and process of curriculum were appropriate. As for productivity, the graduates had good characteristics and performance well in accordance with the desire of administrators, instructors, graduates, and graduates' employers. The graduates were successful in their jobs and were the good model for the students. The curriculum should be improved in 1) curriculum structure adding on the practicum course which students are able to follow the high-level nurse managers; 2) adjusting some courses, and specify the scope of the thesis topic for students; 3) reducing course number to early start doing thesis; and 4) adjusting context such as privacy room for thesis consultation, constantly providing services by staff with equity, checking the availability of teaching equipment; and developing the academic activities amongst alumni, students, and lecturers.

Conclusion and recommendation: The results of this study are able to apply for improvement of this curriculum to serve the need of involving persons, promote the learning skills in 21st Century in accordance with the quality assurance.

Keywords: Curriculum evaluation, Curriculum of Doctor of Philosophy in Nursing Management, CIPP Model

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021, 8(2), 54-75

*Research funding from the Christian University of Thailand

**Associate Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

***Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

****Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

*****Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: areepatcharaporn@gmail.com Tel. 0632349697

Received: 13 July 2021, Revised: 24 September 2021, Accepted: 9 October 2021

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคมเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีซึ่งเป็นการประยุกต์นำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ และก่อให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีทำให้มีการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้นอย่างมากมาย (International Development Research Center, 2020) การพัฒนาด้านต่างๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนในทุก ระดับด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคศตวรรษที่ 21 (วิจารณ์ พานิช, 2555; Keswani, Banerjee, & Patni, 2020) หลักสูตรระดับคุชชีบัณฑิตเป็นหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอนในเนื้อหาที่ซับซ้อน ลึกซึ้ง อาศัยทักษะการคิดขั้นสูง (Critical thinking) และนำความรู้ที่หลากหลายมาบูรณาการ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำทักษะในศตวรรษที่ 21 มาประยุกต์ใช้ (เพชร บุตสีทา, 2564) ทักษะที่จำเป็นในการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย 1) อ่านออก (Reading) 2) เขียนได้ (Writing) 3) คิดเลขเป็น (Arithmetics) 4) คิดอย่างมี วิจารณ์ญาณและแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) 5) สร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity and innovation) 6) เข้าใจความต่าง วัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ (Cross-cultural understanding) 7) ร่วมมือในการทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (Collaboration, teamwork and leadership) 8) สื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ (Communications, information, and media literacy) 9) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสาร (Computing, and ICT Literacy) และ 10) ทักษะอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ (Career and learning skills) (วิจารณ์ พานิช, 2556) ดังนั้นการเรียนการสอนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงให้ทันกับการพัฒนา ด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคมที่เกิดขึ้น การพัฒนาหลักสูตรที่ดีจึงต้องคำนึงถึงประเด็นนี้ด้วย และต้องเป็นไปตามขั้นตอนและให้สอดคล้องกับ เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรตามประกาศกระทรวง ศึกษาธิการที่กำหนดให้ทุกหลักสูตรมีการพัฒนา หลักสูตรอย่างน้อยทุกๆ 5 ปี (สำนักงานคณะกรรมการ การอุดมศึกษา, 2558) จึงมีความจำเป็นในการ ประเมินหลักสูตรเพื่อปรับปรุงคุณภาพหรือพัฒนา หลักสูตรให้ทันสมัยอันนำไปสู่หลักสูตรที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และเพื่อรองรับ การประกันคุณภาพภายในและภายนอกหรือการ ประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษา ตาม พระราชบัญญัติสถาบันอุดมศึกษาเอกชน พ.ศ. 2550 ที่ได้กำหนดไว้ในมาตรา 34 ให้มีระบบ ประกันคุณภาพภายในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการประเมินคุณภาพ สถาบันอุดมศึกษาตามข้อบังคับของสถาบันอุดมศึกษา เอกชนเพื่อให้สถาบันอุดมศึกษาได้พัฒนาหรือ ปรับปรุงรายละเอียดของหลักสูตร

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชา การบริหารการพยาบาล ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นหลักสูตร ที่มีจุดเน้นที่การผลิตผู้นำทางการพยาบาลทั้งผู้นำ ด้านการบริหารในสถาบันการศึกษาพยาบาล องค์กร บริการสุขภาพ และองค์กรการพยาบาลทั้งภาครัฐ

และภาคเอกชน ให้มีความสามารถตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2552 ทั้งด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลซึ่งการดำเนินงานในการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรนี้ครบรอบ 5 ปีในปีการศึกษา 2563

มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับปรุงหลักสูตรดังกล่าว จึงดำเนินการประเมินผลหลักสูตรนี้อย่างเป็นระบบตามแนวทางในการประเมินหลักสูตรของสตาฟเฟิลบีม และคณะ (Stufflebeam et al, 1971) ที่ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยหลัก 4 ด้าน คือ 1) ด้านบริบท (Context evaluation; C) ซึ่งเป็นการประเมินเกี่ยวกับวัตถุประสงค์หลักสูตร โครงสร้างของหลักสูตร และรายวิชา 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation; I) ซึ่งเป็นการประเมินหลักสูตรเกี่ยวกับสื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ สภาพห้องเรียน จำนวนอาจารย์ และสิ่งอำนวยความสะดวก 3) ด้านการประเมินกระบวนการ (Process evaluation; P) ซึ่งเป็นการประเมินหลักสูตรเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ การวัดและประเมินผลการจัดการเรียนรู้ และกระบวนการทำวิทยานิพนธ์ และ 4) ด้านผลผลิต (Product evaluation; P) ซึ่งเป็นการประเมินหลักสูตรเกี่ยวกับ ความพึงพอใจเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ การบริหารจัดการทางการพยาบาล ความเป็นผู้นำ

ความสามารถในการวิจัย การใช้ภาษาอังกฤษและเทคโนโลยีดิจิทัลในการทำงาน การมีคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาวิชาชีพ การประเมินผลหลักสูตรตามแนวทางของสตาฟเฟิลบีม และคณะ นี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบัน (สน สุวรรณ, 2556; สมพิศ สุขแสน, 2545) แนวทางที่ใช้ประเมินหลักสูตรนี้มีชื่อว่า โมเดลชิปปี้ (CIPP Model) เพื่อจะได้ข้อมูลและแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรนี้ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินบริบทของหลักสูตรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และโครงสร้างของหลักสูตรตามความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และนักศึกษา
2. เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้าของหลักสูตรเกี่ยวกับเนื้อหาของหลักสูตร คุณสมบัติของอาจารย์ คุณสมบัติผู้เข้าศึกษา และปัจจัยหรือทรัพยากรเกื้อหนุนตามความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และนักศึกษา
3. เพื่อประเมินกระบวนการเกี่ยวกับการเรียนการสอนในหลักสูตร การวัดผลการเรียนรู้ การบริหารหลักสูตร และการพัฒนานักศึกษาตามความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และนักศึกษา
4. เพื่อประเมินผลผลิตเกี่ยวกับคุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาตามความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้ชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการประเมินของ สตาฟเฟิลบีม และคณะ (Stufflebeam et al, 1971) ที่มีชื่อว่า โมเดลชิปปี้ (CIPP Model) เป็นแนวทางในการประเมินหลักสูตร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การประเมินด้านบริบท หมายถึง การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และโครงสร้างของหลักสูตร

2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า หมายถึง การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นเพื่อประเมินหลักสูตรเกี่ยวกับเนื้อหาของหลักสูตร คุณสมบัติของอาจารย์ คุณสมบัติผู้เข้าศึกษา และปัจจัยหรือทรัพยากรเกื้อหนุน

3) การประเมินด้านกระบวนการ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเรียนการสอนในหลักสูตร การวัดผลการเรียนรู้ การบริหารหลักสูตร และการพัฒนานักศึกษา

4) การประเมินด้านผลผลิต หมายถึง การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะ และความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษา

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาในผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาต่างๆ นักศึกษาที่กำลังศึกษาระดับปริญญาเอก และดุษฎีบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน และผู้ใช้ดุษฎีบัณฑิต ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผลแบบผสมผสาน (Mixed method evaluative research) เพื่อประเมินหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน โดยการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต การวิจัยนี้ได้ข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ แหล่งที่ 1 เป็นการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน ผู้สำเร็จการศึกษา นักศึกษาระดับปริญญาเอกที่กำลังทำวิทยานิพนธ์ และผู้ใช้ดุษฎีบัณฑิต และแหล่งที่ 2 เป็นการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการโดยการสนทนากลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาเอกที่กำลังทำวิทยานิพนธ์จำนวน 8 คน ที่สมัครใจให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครบถ้วน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน ผู้สำเร็จการศึกษาหรือดุษฎีบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษานักศึกษาระดับปริญญาเอกที่กำลังทำวิทยานิพนธ์

และผู้ใช้วิชาชีพบัณฑิตของหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) มหาวิทยาลัยคริสเตียน จำนวน 42 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ประมาณ 39 คน โดยคำนวณจากสูตรของเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) 1) ผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอนจำนวน 13 คน โดยเป็นผู้บริหาร 6 คน (ประกอบด้วยตำแหน่ง คณบดี ผู้ช่วยอธิการบดี รองคณบดี และผู้ช่วยคณบดี) และอาจารย์ผู้สอนจำนวน 7 คน 2) นักศึกษาระดับปริญญาเอกที่กำลังทำวิทยานิพนธ์จำนวน 16 คน 3) ดุษฎีบัณฑิตจำนวน 6 คน และ 4) ผู้ใช้วิชาชีพบัณฑิตจำนวน 4 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1) ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน นักศึกษาระดับปริญญาเอกที่กำลังทำวิทยานิพนธ์ ผู้สำเร็จการศึกษาหรือดุษฎีบัณฑิต และผู้ใช้วิชาชีพบัณฑิตที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559)

2) สนใจเข้าร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้

สำหรับการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน นักศึกษาดุษฎีบัณฑิต และผู้ใช้วิชาชีพบัณฑิตที่ไม่ได้ปฏิบัติงาน

อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล เช่น ลาป่วย ลากิจ และลาคลอด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ที่เกี่ยวกับการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการของหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) แบบสอบถามนี้เป็นชุดคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 109 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินด้านบริบท 4 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า 66 ข้อ และด้านกระบวนการ 39 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด ประมาณค่า 5 ระดับ คือ

เห็นด้วยมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด

เห็นด้วยมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมาก

เห็นด้วยปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบปานกลาง

เห็นด้วยน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบน้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด (1) หมายถึง ข้อความนั้น ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบน้อยที่สุด

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ สำหรับการแปลผลคะแนนนั้น เมื่อได้คะแนนการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า และ กระบวนการแล้วได้นำคะแนนของแบบสอบถาม โดยรวมไปแปลผลเป็น 5 ระดับ โดยคิดจากคะแนน จากผลรวมของคะแนนทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้ (Burns & Grove, 2009) คะแนน 4.51-5.00 มีระดับมากที่สุด คะแนน 3.51-4.50 ระดับมาก คะแนน 2.51- 3.50 ระดับปานกลาง คะแนน 1.51-2.50 ระดับต่ำ และคะแนน 1.00-1.50 มีระดับต่ำที่สุด

ชุดที่ 3 แบบประเมินผลผลิตหรือประเมิน คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษา โดยแบบสอบถามนี้เป็นชุดข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ คุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงานมี ข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตรวัด ประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนน และการ แปลผลคะแนนเช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 2

ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ตามความต้องการดุขฎิบัณฑิตของสถานประกอบการ จากผู้เ้ดุขฎิบัณฑิต แบบสอบถามนี้เป็นชุดข้อ คำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการทบทวนกรรมที่ เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ซึ่งมีลักษณะ

คำตอบและการให้คะแนนเช่นเดียวกับแบบสอบถาม ชุดที่ 2

ชุดที่ 5 แบบข้อคำถามเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้ สำหรับการสนทนากลุ่ม ในประเด็นต่างๆ คือ 1) จุดเน้นของหลักสูตร 2) การจัดการเรียนการสอน 3) ผู้สอนหรือวิธีการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ 4) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 5) สิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนการสอน 6) การจัดกิจกรรมการ พัฒนานักศึกษาในด้านอื่นที่สนใจ 7) แนวคิดหรือ ตัวแปรทางการบริหารที่นักศึกษาสนใจ 8) ความ คิดเห็นต่อรายวิชาต่างๆในหลักสูตร 9) จำนวน หน่วยกิตในหลักสูตร และ 10) ประเด็นบริหาร ทางการพยาบาลที่นักศึกษาสนใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า และ กระบวนการ 2) แบบประเมินผลผลิตหรือประเมิน คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษา และ 3) แบบสอบถามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ตามความต้องการดุขฎิบัณฑิตของสถาน ประกอบการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและครอบคลุม ตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าดัชนี ความตรงของเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.90, 0.90 และ 0.90 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า และ กระบวนการ 2) แบบประเมินผลผลิตหรือประเมิน คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษา และ 3) แบบสอบถามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ตามความต้องการวิชาชีพบัณฑิตของสถาน ประกอบการที่ผ่านการแก้ไขและปรับปรุงตาม ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับ ผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98, 0.97 และ 0.94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ. 16/2562 ผู้วิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยโดยแนะนำ ตนเอง แจ้งเบื้องต้นถึงความสมัครใจในการเข้าร่วม การวิจัย อธิบายให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและประโยชน์ของการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกถึงการถูกคุกคาม ทางด้านจิตใจมากเกินไป ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัว หรือยกเลิกในการเข้าร่วมวิจัยได้ ทุกขั้นตอน หากปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยก็ ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการเรียนรู้หรือการปฏิบัติงาน

ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับและ นำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวม พร้อมทั้งเปิด โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ภายหลังกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยจึง ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัย คริสเตียนแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการ วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตาม ขั้นตอน ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

1.1 ภายหลังแนะนำตนเองในฐานะ ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิ และ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจลำดับขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม ใช้ เวลาในการตอบคำถามประมาณ 30 นาที

1.2 เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและแจ้ง สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.3 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธี ทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์

2.1 ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจง และแจ้ง วัตถุประสงค์ พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่ม

ตัวอย่าง รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 คนร่วมประชุมกลุ่มพร้อมกัน ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีการตอบคำถามและใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 90 นาที

2.3 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.4 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการประเมินฯ ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และแสดงจำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้บริหารและอาจารย์ กลุ่มผู้สำเร็จการศึกษา และกลุ่มนักศึกษา ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนซึ่งแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดดังนี้ 1) ผู้บริหารและอาจารย์จำนวน 13 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ

84.60) มีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 92.30) และมีตำแหน่งงานเป็นผู้บริหาร (ร้อยละ 46.20) และเป็นอาจารย์ผู้สอนจำนวน 7 คน (ร้อยละ 53.80) 2) ผู้สำเร็จการศึกษาจำนวน 6 คนเป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) และทั้งหมดมีอายุมากกว่า 40 ปี และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยเอกชนโดยมีตำแหน่งงานเป็นอาจารย์ (ร้อยละ 66.70) และ 3) นักศึกษาที่กำลังทำวิทยานิพนธ์จำนวน 16 คน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.80) เป็นเพศหญิง ทั้งหมดมีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 100) และมีอาชีพบรรณาธิการ (ร้อยละ 50.00) รองลงมามีอาชีพลูกจ้างโรงพยาบาลเอกชน 5 คน (ร้อยละ 31.20) มีตำแหน่งงานเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล 4 คน (ร้อยละ 25.00) และพยาบาลวิชาชีพ 4 คน (ร้อยละ 25.00)

นักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับทราบจุดมุ่งหมายของหลักสูตรเมื่อตัดสินใจสมัครเข้าศึกษาต่อที่มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 87.50) ได้ศึกษาและพิจารณาความสอดคล้องของหลักสูตรกับลักษณะงานก่อนเข้าศึกษาในหลักสูตรของมหาวิทยาลัยอย่างละเอียด (ร้อยละ 68.80) สำหรับเป้าหมายในการศึกษาต่อคือ เพื่อเพิ่มคุณวุฒิในหน้าที่การงานมากที่สุด (ร้อยละ 81.20) รองลงมาคือ ต้องการเป็นนักวิชาการเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ (ร้อยละ 43.80) สำหรับการสืบหาแหล่งข้อมูลที่ทำให้รู้จักมหาวิทยาลัยฯ นักศึกษารู้จักมหาวิทยาลัยฯ ผ่านทางสื่อเว็บไซต์ (Website) มากที่สุด (ร้อยละ 43.80) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาจำแนกตามเป้าหมายและแหล่งข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เป้าหมายในการศึกษาต่อ (ตอบได้หลายข้อ)		
ต้องการเพิ่มคุณวุฒิในหน้าที่การงาน	13	81.20
ต้องการเป็นนักวิชาการเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่	7	43.80
ต้องการเป็นผู้นำทางวิชาการในสาขาบริหารการพยาบาล	6	37.50
ต้องการเป็นนักวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่	5	31.20
ต้องการเพิ่มคุณวุฒิเพื่อหาโอกาสเปลี่ยนงาน	4	25.00
แหล่งที่ทำให้รู้จักมหาวิทยาลัยคริสเตียน (ตอบได้หลายข้อ)		
สื่อทางเว็บไซต์	7	43.80
รุ่นพี่	2	12.50
คนบดต้นสังกัด	2	12.50
ผลงานของคณาจารย์มหาวิทยาลัย	1	6.25
เพื่อน	1	6.25
ผลงานบริการวิชาการของมหาวิทยาลัย เช่น โครงการอบรม	1	6.25
ระยะสั้น ประชุม สัมมนา		
อาจารย์มหาวิทยาลัย	1	6.25
การประชุมสัมพันธ์หลักสูตรโดยอาจารย์มหาวิทยาลัย	1	6.25

2. บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ
ผลผลิตของหลักสูตรดุขฎีบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559)
ตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความคิดเห็นใน
ภาพรวมเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้า และ
กระบวนการของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มคือ ผู้บริหาร
และอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และนักศึกษาอยู่ใน
ระดับมากเหมือนกันทั้ง 3 กลุ่ม

2.1 ด้านบริบทพบว่า วัตถุประสงค์ของ
หลักสูตรมีความสอดคล้องกับความต้องการของทั้ง
3 กลุ่ม และโครงสร้างของหลักสูตรมีความ
เหมาะสมหรือสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ
หลักสูตรโดยระดับความคิดเห็นของผู้บริหารและ
อาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และนักศึกษาอยู่ใน
ระดับมากเหมือนกันทั้ง 3 กลุ่ม

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ปัจจัยนำเข้ามี
ความเหมาะสม ประกอบด้วย

2.2.1 ด้านเนื้อหาของหลักสูตรในหมวดวิชาบังคับ หมวดวิชาเอก หมวดวิทยานิพนธ์ และหมวดวิชาเสริมพื้นฐานมีความเหมาะสม โดยระดับความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ส่วนของผู้สำเร็จการศึกษาอยู่ในระดับมากและมากที่สุด และของนักศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุดทุกหมวด

2.2.2 ด้านคุณลักษณะอาจารย์เกี่ยวกับจำนวนอาจารย์ในหลักสูตร ความรู้ความสามารถและทักษะของอาจารย์ และทัศนคติของอาจารย์ในหลักสูตรมีความเหมาะสม โดยระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม อยู่ในระดับมาก และมากที่สุด เช่นกัน

2.2.3 ด้านคุณสมบัติผู้เข้าศึกษา และความรู้ความสามารถและทักษะของผู้เข้าศึกษามีความเหมาะสม โดยระดับความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์อยู่ในระดับมาก ผู้สำเร็จการศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด และของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก

2.2.4 ด้านปัจจัย/ทรัพยากรเกื้อหนุนให้เกิดคุณภาพการเรียนการสอนพบว่า มีความเหมาะสม โดยระดับความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และนักศึกษาอยู่ในระดับมากเหมือนกันทั้ง 3 กลุ่ม

2.3 ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยด้านการเรียนการสอนในหลักสูตร ด้านกระบวนการวัดผลการเรียนรู้การเรียนการสอนในหลักสูตร ด้านการบริหารหลักสูตร และด้านกระบวนการพัฒนานักศึกษามีความเหมาะสม โดยระดับความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์อยู่ในระดับมากทุกด้านของผู้สำเร็จการศึกษาอยู่ในระดับมากและมากที่สุด และของนักศึกษาอยู่ในระดับมากทุกด้าน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการของหลักสูตรดุขุภีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559)

	ผู้บริหารและอาจารย์			ผู้สำเร็จการศึกษา			นักศึกษา		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. บริบทของหลักสูตร									
วัตถุประสงค์ของหลักสูตร	4.36	0.67	มาก	4.17	0.41	มาก	4.45	0.47	มาก
โครงสร้างของหลักสูตร	3.71	0.69	มาก	4.17	0.41	มาก	4.36	0.61	มาก
2. ปัจจัยนำเข้า: ด้านที่ 1 เนื้อหาของหลักสูตร									
หมวดวิชาบังคับ (16 หน่วยกิต)	4.24	0.72	มาก	4.35	0.46	มาก	4.53	0.49	มาก
หมวดวิชาเอก (15 หน่วยกิต)	4.48	0.48	มาก	4.53	0.24	มาก	4.78	0.37	มาก
หมวดวิทยานิพนธ์	4.62	0.51	มากที่สุด	4.33	0.52	มาก	4.81	0.40	มากที่สุด
หมวดวิชาเสริมพื้นฐาน	4.00	0.73	มาก	4.06	0.25	มาก	4.52	0.60	มากที่สุด
2. ปัจจัยนำเข้า: ด้านที่ 2 คุณลักษณะอาจารย์									
จำนวนอาจารย์ในหลักสูตร	3.79	0.73	มาก	3.56	0.27	มาก	3.81	0.53	มาก
ความรู้ความสามารถและทักษะของอาจารย์	4.29	0.47	มาก	4.18	0.38	มาก	4.40	0.49	มาก
ทัศนคติของอาจารย์ในหลักสูตร	4.63	0.39	มากที่สุด	4.70	0.25	มากที่สุด	4.54	0.46	มากที่สุด
2. ปัจจัยนำเข้า: ด้านที่ 3 คุณสมบัติผู้เข้าศึกษา									
คุณสมบัติผู้เข้าศึกษา	4.40	0.49	มาก	4.56	0.69	มากที่สุด	4.33	0.38	มาก
ความรู้ ความสามารถ และทักษะของผู้เข้าศึกษา	4.36	0.55	มาก	4.54	0.46	มากที่สุด	4.39	0.53	มาก
2. ปัจจัยนำเข้า: ด้านที่ 4 ปัจจัย/ทรัพยากรเกื้อหนุน									
ปัจจัย/ทรัพยากรเกื้อหนุนให้เกิดคุณภาพการเรียนการสอน	4.13	0.52	มาก	4.35	0.61	มาก	4.26	0.77	มาก
3. กระบวนการ									
ด้านที่ 1 กระบวนการเรียนการสอนในหลักสูตร	4.41	0.43	มาก	4.60	0.48	มากที่สุด	4.45	0.56	มาก
ด้านที่ 2 กระบวนการวัดผลการเรียนรู้การเรียนการสอนในหลักสูตร	4.45	0.50	มาก	4.53	0.56	มากที่สุด	4.41	0.61	มาก
ด้านที่ 3 การบริหารหลักสูตร	4.46	0.55	มาก	4.54	0.46	มากที่สุด	4.37	0.48	มาก
ด้านที่ 4 กระบวนการพัฒนานักศึกษา	4.47	0.42	มาก	4.43	0.56	มาก	4.32	0.57	มาก
โดยรวม	4.33	0.40	มาก	4.40	0.34	มาก	4.41	0.45	มาก

สำหรับผลผลิตหรือคุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาของผู้บริหารและอาจารย์และผู้สำเร็จการศึกษา และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามความต้องการดุฆบัณฑิตของสถานประกอบการจากผู้ใช้อุฆบัณฑิตจากหลักสูตรดุฆบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.

2559) พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาหรือดุฆบัณฑิตมีคุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงานดีและตรงตามความต้องการของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้อุฆบัณฑิต โดยระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากเหมือนกัน ทั้ง 3 กลุ่ม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาหรือดุฆบัณฑิตจากหลักสูตรดุฆบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559)

	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ผู้บริหารและอาจารย์ (n=13)	4.40	0.41	มาก
ผู้สำเร็จการศึกษา (n=6)	4.21	0.26	มาก
ผู้ใช้อุฆบัณฑิต (n=4)	4.50	0.32	มาก

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีดังนี้

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน จำนวน 8 คน ได้ข้อมูลดังนี้

3.1 บริบทของหลักสูตร

วัตถุประสงค์และโครงสร้างของหลักสูตร

นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหลักสูตรมีวัตถุประสงค์และจุดเน้นค่อนข้างชัดเจนในหลักการบริหารและเน้นการวิจัย โดยมีนักศึกษาจำนวน 2 ราย ให้ข้อมูลว่า “หลักสูตรมีความทันสมัย เน้นการเข้าสู่ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรพยาบาล” นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเห็นว่า “โครงสร้างของหลักสูตรเหมาะสมดี มีการเรียน course work ระยะเวลา 1 ปี กับ 2 ภาคการศึกษา

ทำให้ได้เนื้อหาทฤษฎีที่ครอบคลุม” และมองว่าการมีรายวิชาวิทยานิพนธ์ ที่แบ่งเป็นวิทยานิพนธ์ 3 ถึง 8 จะช่วยกำกับติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาได้ ทั้งนี้ นักศึกษาทุกคนมีความคิดเห็นว่า หลักสูตรเน้นการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ และความสนใจเริ่มต้นจากการมองสภาพปัญหาจากสถานการณ์ที่ตนเองสนใจ โดยส่วนใหญ่พัฒนาจากบริบทของสถานการณ์การทำงานของตนเอง” นักศึกษาจำนวน 3 คน ให้ความเห็นว่า “หลักสูตรเน้นพัฒนาให้เรามีภาวะผู้นำ และได้เรียนรู้ภาวะผู้นำหลายๆ รูปแบบ” นักศึกษาจำนวน 5 คน ให้ข้อมูลว่า “หลักสูตรมีการบูรณาการองค์ความรู้ทั้งหมด ซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากการทำวิทยานิพนธ์” นอกจากนี้มีนักศึกษา 2 คน ที่อยากให้หลักสูตรจัดให้มีการฝึกปฏิบัติการบริหารการพยาบาลโดย

แสดงความคิดเห็นว่า “อยากให้หลักสูตรจัดให้นักศึกษาได้เข้าไปฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชั้นนำ ที่มีผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงที่มีประสบการณ์ หรือการได้ติดตามผู้บริหารโดยให้เลือกผู้บริหารที่เป็นตัวอย่างที่ดีที่สุด โดยอาจฝึกเป็นสัปดาห์หรือเดือนไม่ใช่หนึ่งวัน หลังการฝึกปฏิบัติควรนำประสบการณ์มาอภิปรายร่วมกัน และวิพากษ์ในด้านประเด็นหรือแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการพยาบาล การได้ฝึกปฏิบัติการบริหารการพยาบาลจะช่วยให้นักศึกษาที่มาจากสถาบันการศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้การฝึกปฏิบัติจริงในการบริหารการพยาบาล จะทำให้มีมุมมองในเรื่องของสถานการณ์การบริหารในองค์กรได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและสามารถมองเห็นสถานการณ์และปัญหาการบริหารการพยาบาลที่ชัดเจน” นอกจากนี้มีนักศึกษา 1 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า “หลักสูตรควรมีการบูรณาการความรู้จากศาสตร์สาขาอื่นๆ เช่น มุมมองของธุรกิจเข้ามาผสมผสานด้วยซึ่งดี ตรงกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ส่วนวิทยานิพนธ์ของที่นี่เป็นจุดแข็งจริง และที่อาจารย์มีการกำกับงานวิจัยที่แข็งแกร่งมาก”

3.2 ปัจจัยนำเข้า

ด้านที่ 1 เนื้อหาของหลักสูตร:

นักศึกษามีความเห็นว่าการเนื้อหาในหลักสูตรในรายวิชาแกนหรือวิชาบังคับมีความเหมาะสม โดยนักศึกษา 1 คน เสนอความคิดเห็นว่า “ในวิชาแกนของหลักสูตรเป็นวิชามีประโยชน์ มีความสำคัญต่อการบริหาร” นักศึกษาอีก 1 คน มีมุมมองว่า “ทุกวิชามีความสำคัญและเห็นด้วยกับรายวิชาแกนหรือวิชาบังคับของหลักสูตรนี้ แต่อาจต้องทำให้เข้าใจในเนื้อหาเพิ่มเติมขึ้นอีก เช่น

รายวิชาสัมมนาปรัชญากับรายวิชาสัมมนากรอบความคิดซึ่งเป็นรายวิชาที่มีเนื้อหาควรจะมีการปรับเนื้อหาเพื่อให้นักศึกษามีความเข้าใจมากขึ้นที่ผ่านมานักศึกษาจะมีความเข้าใจมากขึ้นในช่วงการทำวิทยานิพนธ์” นักศึกษา 1 คน เสนอความคิดเห็นว่า “ไม่จำเป็นต้องเอารายวิชาใดวิชาหนึ่งออกเพราะเนื้อหาไม่ได้มีความซ้ำซ้อนกัน แต่มีบางรายวิชาที่ยาก เช่น เทคโนโลยีสำหรับพยาบาล อาจต้องปรับให้นักศึกษาเข้าใจได้ง่าย” อย่างไรก็ตามมีนักศึกษา 1 คน ที่มีมุมมองว่า “มีรายวิชาบางวิชาที่ไม่เน้นในเรื่องการบริหารการพยาบาลแต่เป็นในเชิงธุรกิจเสียมากกว่า และเนื้อหาบางเนื้อหาสามารถตัดออกได้”

อย่างไรก็ตามนักศึกษาบางคนเห็นว่า “ควรลดจำนวนวิชาลงมาให้เรียนน้อยลง ให้เข้าถึงวิทยานิพนธ์เร็วขึ้น ช่วงเรียนสนุก คู่มือมีความสำคัญมาก และได้ประโยชน์แต่พอการเข้าสู่วิทยานิพนธ์ ควรทำให้เข้าสู่วิทยานิพนธ์เร็วขึ้น” นักศึกษา 1 คน เสนอว่า “รายวิชาวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณควรรวมกัน”

ในด้านรายวิชาเสริมพื้นฐาน นักศึกษา 1 คน ให้ข้อเสนอแนะว่า “วิชาภาษาอังกฤษ ไม่มีรูปแบบการสอนที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับอาจารย์ผู้สอนที่เปลี่ยนไป ไม่ควรเน้นไวยากรณ์ (Grammar) มากเกินไป ควรนำเรื่องเกี่ยวกับทางบริหารการพยาบาลมาสอนมากๆ บางตอน (Session) เหมือนต้องเรียนแบบนักศึกษาปริญญาตรีเรียนระดับปริญญาโทต่อเอกเหมือนเรียนซ้ำในแบบเดิม” นักศึกษา 1 คน ให้ความคิดเห็นว่า “อาจารย์ที่เป็นตัวอย่างในการสอนที่ดีคืออาจารย์ ดร. อาร์ตูโร่” นักศึกษา ทุกคนเสนอแนะว่า “ในรายวิชาภาษาอังกฤษ ควรเน้นในเรื่อง

ทักษะการอ่านวารสารวิชาการ บทคัดย่องานวิจัย มากกว่า ควรสอนให้นักศึกษาเขียนบทคัดย่อ งานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษได้” และสำหรับ รายวิชาการเขียนเอกสารวิชาการ นักศึกษาให้ ความคิดเห็นว่าเป็นวิชาที่จำเป็นเพราะเป็น พื้นฐานในการนำไปสู่วิทยานิพนธ์และอื่นๆ และ ควรมีการปรับปรุงพื้นฐานให้ใกล้เคียงกัน เพื่อต่อยอด ในวิชาอื่นได้

ด้านที่ 2 คุณลักษณะอาจารย์:

นักศึกษา ทุกคนมีความคิดเห็นว่าเป็นอาจารย์ ผู้สอนมีความเหมาะสม ตั้งใจในการสอน เนื้อหาที่ สอนสามารถนำมาใช้ในการทำงานได้ มีนักศึกษา 1 คน ที่มีข้อเสนอแนะว่า “ควรมีการเสริมอาจารย์ พิเศษในรายวิชาเพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสได้ เรียนรู้กับมุมมองภายนอก” อย่างไรก็ตาม นักศึกษาส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าเป็น “อาจารย์ พิเศษ บางท่านสอนได้ตรงประเด็น บางท่านใช้ มุมมองของท่านสอน บางทีแค่รับรู้ข้อมูลใหม่ๆ แต่ไม่ได้ใช้ต่อเนื่องของวิชานั้นๆ”

ในด้านของอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ นักศึกษาที่มีความคิดเห็นว่าเป็น อาจารย์กำหนดขอบเขต (Scope) หัวข้อ วิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษา บางครั้งหัวข้อที่ นักศึกษาได้ตรงกันกับเพื่อน “อยากให้มีการ กำหนดหัวข้อให้กับนักศึกษาเลยเพื่อจะได้หัวข้อ ไม่ซ้ำกัน เพราะเมื่อทำไปแล้วจะถอนตัวลำบาก เพราะไปหาทฤษฎียาก ควรให้นักศึกษาทุกคนรู้ว่า แต่ละคนทำอะไร ในการทำวิทยานิพนธ์ต้องยึด ทฤษฎี ดังนั้นถ้านักศึกษารู้ทฤษฎีที่ใช้เป็นแนว ทางการทำวิทยานิพนธ์ตั้งแต่แรกนักศึกษายึด ทฤษฎีไว้มาก่อนเพราะเป็นการ Test theory กับ สร้าง Theory เนื่องจากถ้ามีทฤษฎีที่สนใจแล้วจะ

ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ต่อไปได้ง่ายขึ้น” ส่วน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นักศึกษามีความ คิดเห็นว่า “อาจารย์สามารถให้แนวทางให้ นักศึกษาสามารถหาหัวข้อวิทยานิพนธ์ได้และ นักศึกษาต้องมีความพร้อมในการพบอาจารย์ และอาจารย์ที่ปรึกษาควรมีประสบการณ์และต้อง มีความรู้ที่จะนำนักศึกษาได้”

ด้านที่ 3 คุณสมบัติผู้เข้าศึกษา:

นักศึกษามีความคิดเห็นว่า นักศึกษาที่เรียนใน หลักสูตรมีความเหมาะสม และส่วนใหญ่เป็นผู้ บริหารการพยาบาล และเป็นอาจารย์ในสถาบัน ทางพยาบาล นักศึกษาที่มีความคิดเห็นว่าเป็น ได้มาเรียนในระดับปริญญาเอก ทำให้ได้เครือข่าย ได้เพื่อนต่างสถาบันที่เป็นผู้บริหาร ได้เรียนรู้และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน”

ด้านที่ 4 ปัจจัย/ทรัพยากร

เงื่อนไข: สิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนการสอน

การอำนวยความสะดวกในการ เรียนการสอนดีทุกๆ ด้าน ในช่วงก่อนๆ มีตำรา (Text book) น้อยและไม่ค่อยทันสมัย (Update) แต่ปัจจุบันก็มีเพียงพออาจเป็นเพราะอาจารย์ แนะนำหนังสือใหม่เข้ามาจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยที่มีไม่สามารถค้นคว้า ข้อมูลบางอย่างได้ ต้องไปหาจากฐานข้อมูลของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดังนั้นมหาวิทยาลัยควร ต้องเพิ่มฐานข้อมูลบางอย่างหรือสร้างเครือข่าย กับสถาบันการศึกษาอื่นในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ในฐานข้อมูลอื่นๆ

ห้องวิทยานิพนธ์ที่จัดให้นักศึกษา มีข้อจำกัดด้านความเป็นส่วนตัวในการพบกับ อาจารย์ที่ปรึกษา และการให้บริการของเจ้าหน้าที่

แก่นักศึกษาปริญญาเอกควรมีความสม่ำเสมอและเท่าเทียม นอกจากนี้การบริการคอมพิวเตอร์ในห้องสมุดที่ศูนย์ศึกษายามฯ ควรมีการให้บริการเช่นเดิม และการใช้เครื่องปรับอากาศในห้องพักของนักศึกษาที่มีขนาดใหญ่ควรมีข้อปฏิบัติสำหรับนักศึกษาด้วย

การจัดห้องเรียนมีการจัดการที่ดี ควรมีการตรวจสอบเครื่องมือหรืออุปกรณ์ให้สามารถใช้งานได้ดีและมีความพร้อมอยู่เสมอ

การจัดกิจกรรมการพัฒนานักศึกษาในด้านอื่นที่สนใจ

นักศึกษาได้ให้ความเห็นว่าควรมีการพัฒนาวิชาการร่วมกันระหว่างศิษย์เก่า ศิษย์ปัจจุบัน และอาจารย์โดย 1) ควรจัดให้มีโปรแกรมหลังปริญญาเอก (Post-doctoral program) หรืออาจมีแคมป์ทางวิชาการร่วมกัน 2) ควรมีโครงการบริการวิชาการแก่สังคมร่วมกันจะได้มีโอกาสบำเพ็ญประโยชน์และเป็นการประชาสัมพันธ์หลักสูตรให้คนอื่นได้รู้จักนักศึกษาปริญญาเอก 3) จัดแคมป์วิจัย (Research camp) ร่วมกัน และ 4) ควรให้มีการประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้สมาคมศิษย์เก่าฯ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนส่วนของกิจการนักศึกษาได้ โดยการจัดประชุมวิชาการหรือทำวิจัยร่วมกัน จะทำให้ทีมของบัณฑิตศึกษาแข็งแกร่งยิ่งขึ้น สำหรับกิจกรรมพัฒนาจริยธรรมนักศึกษาดำเนินการได้ดีแล้ว

3.3 กระบวนการเรียนการสอน

นักศึกษามีความคิดเห็นว่ากระบวนการเรียนการสอนส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนแบบ online มีนักศึกษา 1 คน มีความคิดเห็นว่า “การสอน

แบบ online ทำให้ได้เข้าถึงการเรียนในระดับปริญญาเอกได้ และได้ใกล้ชิดกับอาจารย์มากขึ้น อาจารย์ทุกท่านให้เวลากับนักศึกษา แม้ว่าจะเป็นเวลานานกว่าเวลาทำงานปกติ และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้มาก” แต่นักศึกษาบางคนมีความคิดเห็นว่า ในบางรายวิชามีงานมอบหมายมากเกินไป และถ้าหลายรายวิชามอบหมายงานมากจะทำให้เขามีภาระงานมาก ซึ่งจะไม่สามารถทำได้นั้น เพราะต้องทำงานประจำ ส่วนการวัดผลนักศึกษามีความคิดเห็นว่าเหมาะสมดีแล้ว

3.4 ผลผลิตของหลักสูตร

นักศึกษามีความคิดเห็นว่า รุ่นพี่เป็นแบบอย่างที่ดีเพราะ รุ่นพี่หลายคนสำเร็จการศึกษาแล้ว ได้มีความเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพ การเห็นรุ่นพี่ที่สำเร็จการศึกษาในแต่ละรุ่นเป็นแรงบันดาลใจทำให้ตั้งใจและมุ่งมั่นที่จะสำเร็จการศึกษา

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในหลักสูตรต่างๆ มีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาหลักสูตรอย่างสม่ำเสมอหรือทุก 5 ปี เพื่อให้ทันสมัยอันนำไปสู่หลักสูตรที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นการประกันคุณภาพการศึกษาด้วย (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2558) และควรปรับให้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงในยุคศตวรรษที่ 21 (วิจารณ์ พานิช, 2555) การพัฒนาหลักสูตรที่ประสบผลสำเร็จควรทราบปัญหาและสถานการณ์ในการดำเนินงานของหลักสูตรที่ผ่านมา และแนวคิดที่นิยมนำมาประยุกต์ในการประเมินผลหลักสูตร เช่น การประเมินหลักสูตรของสตาฟเฟิลบีม และคณะ (Stufflebeam et al,

1971) ที่ประกอบด้วยการประเมินปัจจัยหลัก 4 ด้าน คือ 1) ด้านบริบท (Context evaluation: C) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation: I) 3) ด้านการประเมินกระบวนการ (Process evaluation: P) และ 4) ด้านผลผลิต(Product evaluation: P) ดังนั้นการอภิปรายผลของการวิจัยครั้งนี้ได้อภิปรายผลตามคำถามการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ด้านวัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีความสอดคล้องกับความต้องการ มีจุดเน้นค่อนข้างชัดเจนกับการบริหารและการวิจัย และโครงสร้างของหลักสูตรมีความเหมาะสมหรือสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ด้านปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสมประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหาของหลักสูตร 2) ด้านคุณลักษณะอาจารย์ 3) ด้านคุณสมบัติผู้เข้าศึกษา และ 4) ด้านปัจจัย/ทรัพยากรเกื้อหนุนให้เกิดคุณภาพการเรียนการสอน ด้านกระบวนการประกอบด้วย 1) การเรียนการสอนในหลักสูตร 2) กระบวนการวัดผลการเรียนรู้การเรียนการสอนในหลักสูตร 3) การบริหารหลักสูตรและ 4) กระบวนการพัฒนานักศึกษามีความเหมาะสม และด้านผลผลิตซึ่งผู้สำเร็จการศึกษามีคุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงานดีและตรงตามความต้องการของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้วิชาชีพ โดยระดับความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา นักศึกษา และผู้ใช้วิชาชีพต่อประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การประเมินผลหลักสูตรนี้อยู่ในระดับมากหรือมากที่สุด และนักศึกษามีความคิดเห็นว่า ผู้สำเร็จการศึกษา เป็นแบบอย่างที่ดีที่มีความเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีประเด็นของหลักสูตรที่ควรปรับปรุงเกี่ยวข้องกับ 1) การ

ได้ติดตามผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงที่มีประสบการณ์เป็นตัวอย่าง 2) การปรับปรุงการเรียนการสอนบางรายวิชาให้มีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายขึ้น มีรูปแบบการสอนที่ชัดเจน มีการกำหนดขอบเขตของหัวข้อวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษา 3) การลดจำนวนรายวิชาเพื่อนักศึกษาเริ่มทำวิทยานิพนธ์เร็วขึ้น 4) การจัดห้องวิทยานิพนธ์ที่มีความเป็นส่วนตัวในการพบกับอาจารย์ที่ปรึกษามีเจ้าหน้าที่ให้บริการสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จัดเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการสอนให้ใช้งานได้ดี และมีความพร้อมอยู่เสมอ และการพัฒนาวิชาการร่วมกันกับศิษย์เก่า ศิษย์ปัจจุบัน และอาจารย์

จากผลการศึกษาระดับความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และนักศึกษาเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของหลักสูตร สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. บริบทของหลักสูตรในด้านวัตถุประสงค์และโครงสร้างของหลักสูตร จากผลการวิจัย พบว่าผู้บริหารและอาจารย์ นักศึกษา และผู้สำเร็จการศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และโครงสร้างของหลักสูตรระดับมาก แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรที่ดี มีจุดเน้นค่อนข้างชัดเจนเกี่ยวกับการบริหารและการวิจัย

2. ปัจจัยนำเข้าของหลักสูตรในด้านเนื้อหาของหลักสูตร คุณสมบัติผู้สอน คุณสมบัติผู้เข้าศึกษา และปัจจัย/ทรัพยากรเกื้อหนุนซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้บริหารและอาจารย์ นักศึกษา และผู้สำเร็จการศึกษามีความคิดเห็นตั้งแต่ระดับมากขึ้นไปทุกด้าน (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยนำเข้าของหลักสูตรมีความเหมาะสมดี แต่อย่างไรก็ตามด้านเนื้อหาของหลักสูตรควรเพิ่ม

การปฏิบัติโดยการให้นักศึกษาได้ติดตามผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงที่มีประสบการณ์เป็นตัวอย่างหรือรูปแบบและมีมุมมองของธุรกิจเข้ามาผสมผสานด้วย รวมทั้งมีการลดจำนวนวิชาเพื่อให้เข้าถึงวิทยานิพนธ์เร็วขึ้น นอกจากนี้จำนวนของอาจารย์ผู้สอนควรมีจำนวนเพิ่มขึ้น

3. กระบวนการของหลักสูตร ประกอบด้วย กระบวนการเรียนการสอนในหลักสูตร กระบวนการวัดผลการเรียนรู้การเรียนการสอนในหลักสูตร กระบวนการบริหารหลักสูตร และกระบวนการพัฒนานักศึกษา ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้บริหารและอาจารย์ นักศึกษา และผู้สำเร็จการศึกษามีความคิดเห็นในระดับมากขึ้นไปทุกด้าน (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการของหลักสูตรมีความเหมาะสมดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมาเรียม นิลพันธุ์, อรพิน สิริสัมพันธ์, วิสาข์ จิตวิวัฒน์, วิสูตร โพธิ์เงิน และอภิกมาส มากจ้อย (2560) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร และพบว่า ผลการประเมินด้านกระบวนการ ในภาพรวมและรายข้อมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรนี้ในรายวิชาเสริมพื้นฐานควรมีการปรับวิธีการสอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายวิชาภาษาอังกฤษ ที่ควรมีรูปแบบการสอนที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงไปตามอาจารย์ผู้สอน และไม่ควรเน้นไวยากรณ์ (Grammar) มากเกินไป และรายวิชาแกนหรือวิชาบังคับของหลักสูตร เช่น รายวิชาสัมมนาปรัชญากับรายวิชาสัมมนากรอบความคิด ควรมีการปรับเนื้อหาเพื่อให้นักศึกษาเข้าใจง่าย รวมทั้งรายวิชา

วิทยานิพนธ์ที่อาจารย์ควรกำหนดขอบเขต (Scope) หัวข้อวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาเพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนระหว่างนักศึกษาด้วยกัน นอกจากนี้ควรมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนการสอน เช่น ห้องวิทยานิพนธ์ที่มีความเป็นส่วนตัวในการพบกับอาจารย์ที่ปรึกษา ห้องสมุดที่ศูนย์ศึกษาศยามฯ ควรมีการบริการคอมพิวเตอร์เช่นเดิมเพื่อให้นักศึกษาใช้ในการสืบค้นข้อมูล และมีการตรวจสอบอุปกรณ์ในห้องเรียนเพื่อใช้งานเป็นประจำ เป็นต้น ในด้านการพัฒนานักศึกษานั้นควรจัดกิจกรรมการพัฒนาวิชาการร่วมกันกับศิษย์เก่า ศิษย์ปัจจุบัน และอาจารย์ในรูปแบบโปรแกรมหลังปริญญาเอก แคมป์ทางวิชาการ และประชุมวิชาการ นอกจากนี้ควรมีโครงการบริการวิชาการแก่สังคมร่วมกัน และจัดแคมป์วิจัยร่วมกัน

4. ผลผลิตของหลักสูตร

ผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นในคุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาระดับมาก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มาเรียม นิลพันธุ์, อรพิน สิริสัมพันธ์, วิสาข์ จิตวิวัฒน์, วิสูตร โพธิ์เงิน และอภิกมาส มากจ้อย (2560) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร และพบว่า ผลการประเมินด้านผลผลิต ในภาพรวมและรายข้อมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษาที่ได้รับนี้ยังแสดงให้เห็นว่าผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นว่ ดุษฎีบัณฑิตมี

คุณลักษณะและความสามารถในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยด้านต่างๆ ดังนี้ 1) การเป็นผู้บริหารระดับสูงขององค์กร นักวิจัย นักวิชาการ และที่ปรึกษาด้านการบริหารองค์กร 2) ความเป็นผู้นำและสร้างนวัตกรรม การจัดการความรู้และเทคโนโลยีดิจิทัล รวมทั้งการใช้กลยุทธ์ในการบริหารจัดการองค์กรในบริบทของวัฒนธรรมที่หลากหลาย และสร้างรายได้เปรียบในการแข่งขันขององค์กร 3) การคิดวิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้ในการบริหารองค์กร และ 4) การพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพสูง และมีความสามารถในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดประโยชน์ในการบริหารองค์กร จากผลการประเมินหลักสูตรฯ ครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรนี้มีความเหมาะสมและน่าพอใจทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้อาจได้ผลที่สอดคล้องและมีความแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ บ้าง เช่น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มัทนา วัฒนอมศักดิ์ (Wangthanomsak, 2017) ที่ได้ทำการวิจัยประเมินหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา (หลักสูตรฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556) มหาวิทยาลัยศิลปากร และแตกต่างจากการศึกษาในประเทศอิหร่านที่ได้ทำการประเมินผลหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพเจริญพันธ์ (Reproductive Health PhD Program) พบว่า หลักสูตรนี้มีความเหมาะสมปานกลางทั้ง 4 ด้านคือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ (AbdiShahshahania et al, 2015)

ความสำเร็จของการจัดการศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการ

บริหารการพยาบาลเกิดขึ้นเพราะการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรได้มีการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ มีการประเมินกระบวนการและมีการปรับปรุงหรือพัฒนากระบวนการตามกระบวนการ PDCA หรือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ/การทดสอบ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการดำเนินการ/การปรับปรุงแก้ไข (Action) (Deming, 2021) อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) สารของรายวิชาในหลักสูตร โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรและอาจารย์ผู้สอนได้ปรับปรุงเนื้อหาสาระในรายวิชาให้มีความก้าวหน้าและเชื่อมโยงกับการนำไปใช้ได้ในชีวิตจริง กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ และปรับปรุงหลักสูตรให้ทันสมัยตามความก้าวหน้าในศาสตร์สาขา

2) การวางระบบผู้สอน และกระบวนการจัดการเรียนการสอน โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรและอาจารย์ผู้สอนได้กำหนดระบบผู้สอนและกระบวนการจัดการเรียนการสอน ควบคุมหัวข้อวิทยานิพนธ์ ให้สอดคล้องกับสาขาวิชาและความก้าวหน้าของศาสตร์ การแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ การช่วยเหลือ กำกับ ติดตามในการทำวิทยานิพนธ์และการตีพิมพ์ผลงานในระดับบัณฑิตศึกษา การกำกับ ติดตาม และตรวจสอบการจัดทำแผนการเรียนรู้และการจัดการเรียน การสอน

3) การประเมินผู้เรียนโดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรและอาจารย์ผู้สอนได้ประเมินผลการเรียนรู้ ตรวจสอบการประเมินผล การเรียนรู้ของนักศึกษา กำกับการประเมินการจัดการเรียนการสอนและประเมินหลักสูตร และประเมินวิทยานิพนธ์

4) การบริหารและพัฒนาอาจารย์ โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรมีระบบการรับ และแต่งตั้งอาจารย์ประจำหลักสูตร การบริหาร อาจารย์ และการส่งเสริมและพัฒนาอาจารย์

5) การรับนักศึกษาและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าศึกษา

6) การส่งเสริมและพัฒนานักศึกษา โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรมีการควบคุม การให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์นักศึกษา การให้ คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาด้านวิชาการ การ พัฒนาศักยภาพนักศึกษาและการเสริมสร้าง ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และการพัฒนา ศักยภาพนักศึกษาในการสร้างผลงานวิจัย งาน สร้างสรรค์ และนวัตกรรมที่สามารถนำองค์ความรู้ ไปใช้ต่อยอดศาสตร์ชาติ

แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าประเด็นที่ควรปรับปรุงมีดังนี้ 1) โครงสร้างหลักสูตรควรมีวิชา ปฏิบัติที่นักศึกษาได้ติดตามผู้บริหารทางการ พยาบาลระดับสูงที่มีประสบการณ์เป็นรูปแบบ หรือตัวอย่าง 2) การปรับปรุงการเรียนการสอน บางรายวิชาให้เข้าใจง่ายขึ้น มีรูปแบบการสอนที่ ชัดเจน และมีการกำหนดขอบเขตของหัวข้อ วิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษา 3) การลดจำนวน รายวิชาในหลักสูตรเพื่อให้ได้ทำวิทยานิพนธ์เร็วขึ้น 4) การจัดห้องวิทยานิพนธ์ที่มีความเป็นส่วนตัวใน การพบกับอาจารย์ที่ปรึกษา มีเจ้าหน้าที่ให้บริการ สม่่าเสมอและเสมอภาค จัดเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ ในการสอนให้ครบอยู่เสมอ และการพัฒนา วิชาการร่วมกันกับศิษย์เก่า ศิษย์ปัจจุบัน และ อาจารย์ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการ พัฒนาหลักสูตรนี้ให้ตรงตามความต้องการ ของผู้ที่เกี่ยวข้อง และเหมาะสมตามการ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา ดังนั้นการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรจึงมีความ จำเป็นต้องอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ด้านการศึกษา

1. เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนา หลักสูตรให้ตรงกับความต้องการของนักศึกษาใน ด้านเนื้อหาของหลักสูตรโดยเพิ่มมุมมองของธุรกิจ เข้ามาผสมผสานด้วย มีการเพิ่มจำนวนของ อาจารย์ผู้สอน และปรับวิธีการเรียนการสอน รายวิชาภาษาอังกฤษ รายวิชาสัมมนาปรัชญากับ รายวิชาสัมมนากรอบความคิด และรายวิชา วิทยานิพนธ์

2. เป็นแนวทางในการจัดเตรียมบุคลากร และสิ่งสนับสนุนในการจัดการศึกษาหลักสูตร ปรัชญาดุสิตบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการ พยาบาล เช่น การจัด ห้องวิทยานิพนธ์ที่มีความ เป็นส่วนตัว คอมพิวเตอร์ และการจัดเตรียม อุปกรณ์ในห้องเรียน

3. เป็นแนวทางในการพัฒนานักศึกษา โดยให้จัดโปรแกรมหลังปริญญาเอก การจัดเสวนา วิชาการ การประชุมวิชาการ การบริการวิชาการ แก่สังคม และการจัดค่ายวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการประเมินผลหลักสูตรนี้ทุก 5 ปี หรือทุกรอบของการปรับปรุงหลักสูตร

2. ควรทำวิจัยติดตามผลเชิงกระบวนการ ของการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรที่ ปรับปรุงแล้ว เพื่อยืนยันผลสำเร็จที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เพชร บุดสีทา. (2564). แนวทางการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. สืบค้นจาก <http://fms.kpru.ac.th/pr-all/pr-km/pr-km-2560/4908/>.
- มาเรียม นิลพันธุ์, อรพิน สิริสัมพันธ์, วิสาข์ จิตวิตร, วิสูตร โพธิ์เงิน และอภิมาส มากจ้อย. (2560). การประเมินหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2556) คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. *Veridian E-Journal ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 10(2), 1198-1216.
- รายงานการประเมินคุณภาพตนเองระดับหลักสูตร. (2563). หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559. ปีการศึกษา 2562 (1 กันยายน พ.ศ. 2562 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2563). นครปฐม: คณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- วิจารณ์ พานิช. (2556). *สนุกกับการเรียนในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- สน สุวรรณ. (2556). แบบจำลอง CIPP Model. สืบค้นจาก <https://suwanlaong.wordpress.com>.
- สมพิศ สุขแสน (2545). *CIPP Model: รูปแบบการประเมินผลโครงการ*. สืบค้นจาก <http://docshare01.ds/cshare.tips/files/5765/57652595.pdf>.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2558). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๘*. ราชกิจจานุเบกษา, ๑๓๒, ตอนพิเศษ ๒๙๕ง. สืบค้นจาก <file:///C:/Users/admin/Desktop/2558%20post%20G%202558.PDF>
- AbdiShahshahania, M., Ehsanpourb, S., Yamanic, N., Kohand, S., & Hamidfare, B. (2015). The Evaluation of Reproductive Health PhD Program in Iran: A CIPP Model Approach. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 197, 88-97.
- Burns, N., & Grove, S., (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Deming, W.E. (2021). *The New Economics for Industry, Government, Education* (3rd ed.). Massachusetts: The MIT Press.
- International Development Research Center. (2020). *Technology and innovation*. Retrived from <https://www.idrc.ca/en/what-we-do/technology-and-innovation>.
- Keswani, B., Banerjee, C., & Patni, P. (2020). *Role Of technology in education: A 21st century approach*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/260342317>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activity. *Journal of Education and Psychological Measurement*, 30, 607-610.

- Phattharayuttawat, S., Chantra, J., Chaiyasit, W., Bannagulrote, K., Imaroonrak, S., Sumalrot, T., & Auampradit, N. (2009). An evaluation of the curriculum of a graduate programme in Clinical Psychology. *South East Asian Journal of Medical Education*, 3(1), 14-19.
- Stufflebeam, D. L., Foley, W.J., Gephart, W.J., Guba, E.G., Hammond, R.L., Merriman, H.O. & Provus, M. M. (1971). *Education and decision making*. Itasca, Illinois: Peacock Publisher.
- Wangthanomsak, M. (2017). The Evaluation of the Ph.D Curriculum in Educational Administration (revised 2556 B.E.). *Veridian E-Journal, Silpakorn University International (Humanities, Social Sciences and Arts)*, 10(4), 348-361.

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย: ภัยร้ายของประชากรวัยทำงาน

ณัฐพร คุณโน*

บทคัดย่อ

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มคนที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันเศรษฐกิจและสังคมของประเทศให้เกิดความเจริญก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพ การที่ประชากรในวัยทำงานมีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน สามารถเพิ่มศักยภาพในการทำงานได้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของประชากรในวัยทำงาน ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตของประชากรเหล่านี้เปลี่ยนไป มีความรีบเร่งสูงขึ้น เกิดความเครียดสะสม รวมถึงการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายหรือรับประทานเกินความจำเป็นของร่างกาย โดยเฉพาะการรับประทานไขมันทรานส์เข้าไปเป็นจำนวนมากและเกิดการสะสมเป็นเวลานาน รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือด นำมาสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด ซึ่งมีความเสี่ยงของการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้สูงมาก หรือหากมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้วต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย อันจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน ดังนั้นกลุ่มประชากรวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักไม่ควรละเลยหรือมองข้ามภัยจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และใส่ใจในการดูแลตนเอง บทความนี้รวบรวมเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในวัยทำงาน สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การรักษาและแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงอันตรายของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในประชากรในวัยทำงาน และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการให้คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, วัยทำงาน, ภัยต่อสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Myocardial Infarction: The Health Hazard in the Working-age Population

Nathaporn kunno*

Abstract

Working-age population is a crucial driving force for economic growth of every country worldwide. If this group of population have good health without any diseases that impede their job, they could maximize their work integrity and productivity. Currently, there is a high incidence of coronary heart disease, especially myocardial infarction (MI), in the working-age population due to changing work life. These changes include a rush through work, cumulative stress, consumption of unhealthy food or eating more than necessary, especially having lots of food containing Trans fat for a long time, and lack of exercise. These are factors associated with atherosclerosis leading to MI and a risk of sudden death or, if survive, it will take a long period for recovery that may affect their work. Therefore, the working-age population should not overlook any health Treats that come with daily life and work. They should pay attention to take care of their health and prevent any risk related to the occurrence of MI. This article gathers information about myocardial infarction occurring in the working-age population, including its causes, risk factors, treatments and appropriate self-care behaviors. It is important that health care professionals are aware of an issue of MI in the working-age population and able to provide information for people at risk of MI appropriately.

Keywords: Myocardial infarction, Working-age, Health threat, Self-care behaviors

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021, 8(2), 76-92

*Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: nathaporn15122@gmail.com Tel. 0951638342

Received: 12 July 2021, Revised: 2 October 2021, Accepted: 12 October 2021

บทนำ

ประชากรวัยทำงาน หมายถึง กลุ่มคนที่มีอายุในช่วงวัย 15-59 ปี ใน พ.ศ. 2555 ประชากรวัยทำงานในประเทศไทยมีจำนวน 43.20 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 67.03 และในพ.ศ. 2562 มีจำนวนลดลง 42.84 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.37 จากประชากรทั้งหมดของประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) การมีประชากรวัยทำงานที่มากขึ้นกึ่งหนึ่งของประเทศทำให้รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนของประเทศในระยะเวลา 20 ปี นับตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2579 โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความ “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” แก่ประเทศเพื่อก้าวสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 โดยเน้นประชากรวัยทำงานให้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ (กระทรวงแรงงาน, 2563) อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มประชากรวัยทำงานในประเทศไทย พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ประเมินการมีผู้เสียชีวิต 9.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.2 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตและการทำงานในปัจจุบันที่เปลี่ยนไป ซึ่งประชากรวัยทำงานเป็นผู้ที่มีความเครียดสูง มีภาระงานที่รับผิดชอบมาก รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และบางคนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาทิเช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมัน ทรานส์สูงเป็นต้น นำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการอักเสบหรือแผลเรื้อรัง (Chronic

inflammation) ที่เยื่อบุด้านในของผนังของหลอดเลือดแดงหัวใจ ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดแดงหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัตร สันประโคน, 2562) จากการที่จำนวนผู้ป่วยในวัยทำงานมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคนี้ โดยสร้างความตระหนักแก่ประชากรวัยทำงาน เพื่อไม่ให้มองข้ามภัยร้ายที่แฝงตัวมากับการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน โดยส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีความรู้ ความเข้าใจ และให้ความใส่ใจในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและมีสุขภาพที่ดี สามารถใช้ความรู้ความสามารถทำงานเพื่อพัฒนาประเทศอย่างมั่นคงต่อไป เนื้อหาในบทความนี้ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการที่เกิดขึ้น ความเสี่ยงและอันตรายของการเกิดโรคดังกล่าวในประชากรวัยทำงานและแนวทางการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประชากรวัยทำงานกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประชากรวัยทำงาน หมายถึง บุคคลที่กำลังสำคัญในการขับเคลื่อนสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม โดยกลุ่มประชากรที่อยู่ในช่วงวัย 15-59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ก่อให้เกิดผลผลิตทางด้านเศรษฐกิจ และมีส่วนสำคัญต่อฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ ในสัดส่วนที่สูงกว่าวัยอื่นๆ (ร้อยละ 67) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,

2563) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ลักษณะการดำเนินชีวิต รวมถึงการประกอบอาชีพมีความเปลี่ยนแปลงจากเกษตรกรรมมาเป็นอุตสาหกรรมมากขึ้น ประชากรในวัยทำงานก็มีลักษณะการทำงานเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเช่นกัน ตัวอย่างเช่นในอดีตเคยทำการเกษตร ทำไร่ ทำนา ปัจจุบันพบการทำงานในสำนักงาน โรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น ซึ่งทำให้การทำงานมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่น้อยลง ขาดการออกกำลังกาย ประกอบกับการรับประทานอาหารที่ไม่สามารถเลือกรับประทานได้มากนัก ร่วมกับความเร่งรีบและความเครียดในการทำงานที่มีการแข่งขันกันมากขึ้น ลักษณะการดำเนินชีวิตดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของสุรพล ช่วยบุตตา (2558) ที่พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 52 มาจากการขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การเกิดความเครียดสะสมและมีการคลายเครียดด้วยการสูบบุหรี่ รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม ซึ่งสิ่งที่กล่าวมาเบื้องต้นล้วนเป็นปัจจัยส่งผลให้ประชากรในวัยทำงานมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงขึ้น และมีความรุนแรงของโรคมากขึ้นเช่นกัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

หัวใจและหลอดเลือดเป็นส่วนหนึ่งของระบบไหลเวียนโลหิตซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญอย่างยิ่งของร่างกาย เนื่องจากทำหน้าที่สำคัญในการลำเลียงออกซิเจน น้ำ อาหาร ไปยังเซลล์ทั่วร่างกาย

อีกทั้งยังนำของเสีย เช่นคาร์บอนไดออกไซด์ไปเปลี่ยนแปลงหรือขับทิ้งที่อวัยวะอื่นๆ โดยทั่วไปหัวใจได้รับเลือดแดงที่ผ่านการพอกที่ปอดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เรียกว่าหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) ซึ่งเป็นหลอดเลือดแดงที่หล่อเลี้ยงหัวใจติดกับชั้นเยื่อหุ้มหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจขาดเลือดนี้เป็นภาวะที่มีการตีบแคบหรือตัน ส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น เกิดภาวะ Atherosclerosis เมื่อหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบมากกว่าร้อยละ 50 ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559) หากปล่อยทิ้งไว้จะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งมีความรุนแรงและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้

ความหมายและสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน สามารถเรียกได้หลายชื่อ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด (Myocardial infarction) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary artery disease) เกิดจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงยังเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Decrease myocardial supply) หรือกล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักมากขึ้น จนปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอต่อความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ

(Increase myocardial demand) หรือเกิดลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจากการแตกหรือหลุดออกของคราบไขมัน (Plaque) ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีมีการตีบหรืออุดตัน (Coronary thrombosis) ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลงอย่างมาก ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นประชากรในวัยทำงานที่อายุน้อยกว่า 40 ปี มีอุบัติการณ์มากขึ้นเรื่อยๆ และมีปัจจัยเสริมที่เพิ่มความรุนแรงของโรค ได้แก่ โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และภาวะเครียดเป็นต้น (จรัญ สายะสถิตย์, 2560)

ประเภทของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ในปัจจุบันได้มีการจัดแบ่งกลุ่มตามลักษณะอาการทางคลินิก ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (Odom-Forren, 2018)

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่พบการยกตัวผิดปกติของคลื่นหัวใจไฟฟ้าช่วง ST (กลุ่มที่ EKG มี ST elevation) และ Cardiac marker positive มักแสดงถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงเส้นที่สำคัญ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที มีโอกาสทำให้เสียชีวิตกะทันหัน

2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบการยกตัวผิดปกติของคลื่นหัวใจไฟฟ้าช่วง ST (กลุ่มที่ EKG ไม่มี ST elevation หรือ Non-ST elevation) แต่มี Cardiac marker

positive มักแสดงถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงบางส่วน หรืออาจมีการขาดเลือดเพียงบางส่วนของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ

3. ภาวะอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่เป็นกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกที่อาจพบคลื่นหัวใจไฟฟ้าปกติหรือผิดปกติได้ แต่ Cardiac marker ปกติ อาการปวดที่แสดงในแต่ละครั้งจะเพิ่มความรุนแรงและนานมากขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าประชากรวัยทำงานมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงที่สุดถึงร้อยละ 32.4 และพบว่าหากเป็นชนิด ST elevation จะมีอัตราการตายสูงกว่าประมาณร้อยละ 30 ถ้าไม่ได้รับการรักษา ส่วนในกลุ่มชนิด Non ST elevation จะมีอัตราการตายต่ำกว่า ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่ออัตราการตาย เช่น โรคร่วมต่างๆ เป็นต้น (ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง, 2558)

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในวัยทำงาน

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถแบ่งได้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Non-modifiable risk factors) และปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ (Modifiable risk factors) ได้แก่

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Non-modifiable risk factors)

- 1.1 อายุ ซึ่งพบว่าอัตราความชุก (Prevalence rate) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีจำนวน

1,396.40 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561 (กรมควบคุมโรค, 2564)

1.2 เพศ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศหญิง โดยพบว่า ผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ โดยอัตราส่วนเท่ากับ 1.2: 1 (รชฎ โคตรสินธุ์, สมรภพ บรรหารักษ์, ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์, และสุทิน ชนะบุญ, 2563)

1.3 พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติบิดามารดาเป็นโรคหรือญาติพี่น้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติทางพันธุกรรม (ผู้ชายอายุน้อยกว่า 45 ปี ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี) จากการศึกษาของโอเบจุน ตรีราชู (2557) พบว่ามีความเกี่ยวข้องกันของญาติสายตรงที่มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งแม้ว่าจะยังไม่มีอาการใดๆ แสดง ก็จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ (Modifiable risk factors)

2.1 ความดันโลหิตสูง การมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ได้ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติ หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงมากขึ้นตามมา จาก

การศึกษาของนิศารัตน์ รวมวงษ์, อรพรรณ บุญลือ, เสาวภา เล็กวงษ์, และสุธี สุนทรชัย. (2563) พบว่า ผู้ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิตซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและวิถีการดำเนินชีวิตนั้น ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

2.2 การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดและเป็นปัจจัยที่ป้องกันได้ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษหลายอย่างและสารที่สำคัญที่มีผลต่อหัวใจ 2 ชนิด คือ นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ จากการศึกษาของคันสนีย์ ดำรงศิลป์, พรรณวดี พุทธิวัฒน์, และกุสุมา คุ้มวัฒนสัมฤทธิ์ (2560) พบว่าผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า และผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ร้อยละ 62.2 และหากเลิกสูบบุหรี่ได้จะเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ และเพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือดได้ดี ลดการแข็งตัวของหลอดเลือดได้ ซึ่งจากงานวิจัยพบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดต่อความสัมพันธ์ของการตีบตันของหลอดเลือด

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) มากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะมีอัตราการตายของโรคหัวใจเป็น 2 เท่า ของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าไขมัน LDL (Low-density lipoprotein) มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลและค่าไขมัน LDL ในระดับที่สูงอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดแผ่นไขมันสะสมที่หลอดเลือดหัวใจ และเมื่อแผ่นไขมันหนา

ตัวจะทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบนำไปสู่หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล่าวคือ กรดไขมันทรานส์เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการบริโภคกรดไขมันทรานส์มีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลชนิด LDL เพิ่มขึ้นในเลือดและระดับ โคเลสเตอรอลชนิด HDL(High-density lipoprotein) ลดลงในเลือด ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์ในประเทศไทยของ จันทิมา โพธิ์, วิสิฐ จະวะสิต, วรณีย์ เกรียงสินยศ, และมยุรี ดิษฎุมธาโรจน์ (2562) พบว่าเนยขาว มาการีน โดนัท ทอด พาย และพัฟเฟสตรี มักมีกรดไขมันทรานส์ในปริมาณสูงกว่าข้อแนะนำขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก หากบริโภคบ่อยเป็นจำนวนมากจะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้

2.4 เบาหวาน โดยระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเพิ่มขึ้นกว่าปกติทำให้เพิ่มความหนืดของเลือด การไหลเวียนของเลือดช้า เมื่อน้ำตาลและไขมันไปเกาะติดกับผนังหลอดเลือดที่เรียบหรือขรุขระทำให้เกิดการอักเสบบริเวณผนังหลอดเลือดแดง เมื่อเกิดผลการอักเสบที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสร้างสารขยายตัวลดลง ประกอบกับมีไขมันเข้าไปเกาะติด ทำให้เกิดเป็นคราบตะกรันบริเวณผนังด้านในหลอดเลือด ในกรณีที่คราบตะกรันดังกล่าวเกิดรื้อหลุดทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและหัวใจหยุดเต้นเสียชีวิตได้ทันที ในรายที่เป็นเรื้อรังมีการพอกหนาของตะกรันมากขึ้นทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น (มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

2.5 ความเครียด ส่งผลกระทบต่อหัวใจ โดยมีกลไกทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น หัวใจบีบตัวมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น อาจเกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจ เลือดมีความหนืดเพิ่มเนื่องจากมีไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น และเกิดอุดตันในหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560)

อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที โดยอาการที่พบได้มีดังนี้

1. เจ็บหน้าอก (Angina) โดยเจ็บบริเวณตำแหน่งใต้กระดูกหน้าอก เจ็บร้าวไปที่แขนซ้าย ร้าวไปกราม ลำคอ เจ็บมากจนไม่สามารถหายใจและมือ ซึ่งลักษณะการเจ็บจะมีอาการเจ็บเสียดแน่นคล้ายถูกสิ่งของมากดทับ อาการเจ็บนานเกิน 20 นาที และอาการเจ็บหน้าอกจะเกิดขึ้นเองได้โดยไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายหรืออารมณ์ ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อน อาจพบลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติ (สุนรัตน์ นีรพัฒน์กุล, 2560)

2. อาการเหนื่อยหายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (สุนรัตน์ นีรพัฒน์กุล, 2560)

3. หัวใจวาย หลอดเลือดอุดตันอาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจวายและอาจถึงตายได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันเวลา ผู้ป่วยมักมีอาการแน่นหน้าอกและปวดบริเวณหัวไหล่หรือ

แขน ประกอบกับการหายใจติดขัดและเหงื่อออก ตัวเย็น ชีต มีปัสสาวะออกน้อยก่อนเกิดภาวะ หัวใจวาย หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตตก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย อาจทำให้ผู้ป่วย หมดสติและเสียชีวิตได้ (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2558)

ผู้ป่วยอาจมีอาการแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรคที่เป็น แต่จำเป็นต้องได้รับการ ดูแลและสังเกตอาการที่มีประสิทธิภาพ การได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที เพื่อ ช่วยให้อัตราการเสียชีวิตลดลงและช่วยเพิ่มอัตราการ พ้นหายได้

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพ Atherosclerosis ของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด การรักษาจึงมีเป้าหมายขั้นต้น เพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งคงไว้ ซึ่งความสามารถในการทำงานของหัวใจห้องล่าง ซ้าย และป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้ง ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจทำ ให้เสียชีวิตได้ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Ventricular fibrillation/ Pulseless ventricular tachycardia (VT), ภาวะ Brady/ Tachyarrhythmia (วิจิตรา กุสมภ์, 2560) โดยมีหลักการรักษา ดูแล ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดดังนี้

1. การลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิด Atherosclerosis โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การฝึกเทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ด้วยการฝึกโยคะ หรือการฝึกกลมหาใจ จะช่วยให้ผ่อนคลาย และ ลดระดับความเครียด ส่งผลให้ลดความดันโลหิต

ได้ชั่วคราว ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้การ เปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารที่เป็นอาหาร สุขภาพย่อมมีผลดีต่อการลดความเสี่ยงของการ เกิดโรคนี้ (ดวงกมล วัตราคุลย์, 2558)

2. การใช้ยา ปัจจุบันมียาหลายตัวที่ สามารถใช้รักษาหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ แบ่งกลุ่มยาที่ใช้ในการ รักษาบ่อยเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ (วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, 2562)

2.1 กลุ่มยาด้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin เป็นยายับยั้งการเกาะตัวของเกล็ดเลือด บริเวณที่หลอดเลือดขรุขระ หรือมีรอยตีบ มีข้อ บังชี้ให้เห็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งในรายที่เป็นเฉียบพลันและเรื้อรัง หรือในรายที่ ได้รับการทำบอลลูนขยายหลอดเลือด และใส่ ขดลวดค้ำยันจะต้องรับประทานยา Aspirin ร่วมกับ ยาด้านเกล็ดเลือดอีกหนึ่งตัว คือ Clopidogrel รับประทานคู่กันเป็นเวลา 1 เดือน, 6 เดือน หรือ 1 ปี แล้วแต่ชนิดขดลวดที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ยาทั้ง 2 ชนิดนี้มีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกใน กระเพาะอาหารได้ จึงควรรับประทานหลังอาหาร ทันที ในส่วนของยากลุ่มนี้ผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะ ด้านยา Clopidogrel จะใช้ Ticagrelor หรือ Prasugrel แทนได้

2.2 กลุ่มยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง มีหลายชนิด ดังนี้ (พัฒนาพร สุปิณะ และนัสดา นาวุฒิ, 2558)

2.2.1 ยาขับปัสสาวะ จะทำให้ ปัสสาวะออกมากเพื่อต้องการขับน้ำและเกลือ

เมื่อรับประทานยาตัวนี้อาจจะต้องตรวจระดับเกล็ดแร่ เพราะอาจจะมีภาวะเกล็ดแร่ต่ำได้

2.2.2 ยาขยายหลอดเลือดชนิดยาด้านแคลเซียม ซึ่งมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดแดง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียงของยา อาจจะมีการบวมบริเวณหลังเท้าเวลาที่ยืนหรือนั่งนานๆ

2.2.3 ยาขยายหลอดเลือดชนิด Angiotensin-Converting Enzyme inhibitors (ACEI) และ Angiotensin Receptor Blocker (ARB) เป็นยาที่สามารถชะลอความเสื่อมของหลอดเลือด ป้องกันหลอดเลือดแข็งและตีบได้ ใช้เพื่อลดความดันโลหิต ขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง

2.2.4 Beta-Blocker ออกฤทธิ์ทำให้หัวใจเต้นช้า ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิตได้ แต่ไม่ตึง มักนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว หรือมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อให้หัวใจเต้นช้าลง มีการใช้เล็ดยาลดลง ทำให้ไม่เจ็บหน้าอก ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้ เช่น โรคหอบหืดหัวใจวาย และหัวใจเต้นช้า เป็นต้น ยาที่ใช้บ่อยคือ atenolol, carvedilol

2.3 กลุ่มยา Nitrate เป็นยาขยายหลอดเลือดหัวใจ มีผลข้างเคียง ทำให้ปวดศีรษะและความดันโลหิตต่ำได้ ดังนั้น เมื่อใช้ยากลุ่มนี้โดยเฉพาะแบบอมใต้ลิ้น ควรจะนั่งพักประมาณ 15-20 นาที ไม่ลุกขึ้นยืนทันที เพราะอาจจะทำให้วูบ และเป็นลมได้

2.4 กลุ่มยาลดหรือควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับยาในกลุ่มนี้ที่ใช้กันแพร่หลาย

(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2564) ได้แก่

2.4.1 Statin เป็นยาที่มีมาประมาณ 30 ปี ใช้ในการลดระดับ Cholesterol ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบ โดยตัวยาคจะควบคุมระดับไขมัน ทำให้ไขมันลดลง โดยเฉพาะ LDL Cholesterol รวมทั้งลดการอักเสบของหลอดเลือดในบริเวณที่ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด ส่งผลให้ไขมันเกาะแน่นขึ้น ไม่ร่อนหลุด ถ้ามีการร่อนหลุดของตะกรันคราบไขมัน หรือพังผืด ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังสามารถยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดด้านการอักเสบ และต้านอนุมูลอิสระได้อีก

2.4.2 Fibrate เป็นยาลดระดับไขมันชนิด Triglyceride ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอันหนึ่งของภาวะหลอดเลือดตีบ ในกรณีที่ใช้คู่กับ Statin

2.5 กลุ่มยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้แก่ (สิรินทร์ อภิญาสวัสดิ์, 2564)

2.5.1 Digitalis ใช้มานานสำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation: AF) เพื่อควบคุมให้หัวใจเต้นไม่เร็ว ยาดังกล่าวอาจเกิดพิษจากยาได้ ถ้าให้ขนาดสูง โดยเฉพาะผู้สูงวัย หรือผู้ป่วยที่มีโรคไต ผลข้างเคียงได้แก่ Ventricular arrhythmias, AV block, Sinus pause ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ใช้ ดังนั้นควรยาใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์เท่านั้น

2.5.2 ยาควบคุมระดับการเต้นของหัวใจชนิดอื่นๆ จะพิจารณาให้ยาแล้วแต่ชนิด

ของโรคที่เป็นเช่น ยาด้านเบต้า (Beta-Blocker) ยา Amiodarone และยา Verapamil เป็นต้น

2.6 กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation: AF) หรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะ ผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดในท้องหัวใจ เป็นยาป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดใหม่ที่หลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่สมอง ทำให้เกิดอัมพฤกษ์หรืออัมพาตได้ ยาที่ใช้ในการรักษามี 2 ชนิด ได้แก่ (สิรินทร์ อภิญาสวัสดิ์, 2564)

2.6.1 Warfarin ป้องกันการแข็งตัวของเลือด ถ้าผู้ป่วยได้รับยาชนิดนี้ ต้องตรวจเลือดดูระดับของยา ทุก 1-3 เดือน เนื่องจากระดับยาน้อยไม่ได้ผล ถ้าระดับยามากทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้

2.6.2 NOAC (New Oral Anticoagulant Drugs) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ซึ่งมีข้อดีคือ การให้ยาไม่ต้องปรับขนาดยามากนัก กำลังเป็นที่นิยมใช้ แต่มีราคาค่อนข้างสูง ต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่มีใช้ในประเทศไทย ได้แก่ ยา Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban และ Edoxaban ซึ่งยาชนิดนี้อาจจะทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้เช่นกัน แต่พบภาวะเลือดออกน้อยกว่ายา Warfarin จึงต้องใช้อย่างระมัดระวัง

3. การถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยวิธี Coronary angioplasty เช่น Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) หมายถึง การรักษาที่ใช้วิธีแทงเข็มเล็กๆ ผ่านผิวหนัง ซึ่งอาจจะเป็นบริเวณขาหนีบหรือแขน แล้วใส่สายสวนหัวใจเข้าไป ฉีดสารละลายทึบรังสี

เอ็กเรย์ ตรวจวิเคราะห์ดูสภาพของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ จากนั้นจะใช้สายสวนที่มีลูกโป่ง (Balloon) เล็กๆ อยู่บริเวณส่วนปลายของสายสวนทางออก โดยทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนครายยหลอดเลือด หลังจากนั้นตามด้วยการใช้ขดลวดที่ไม่ใช่เหล็กเป็นโลหะสังเคราะห์ ใส่ขยายเพื่อรักษาสภาพของหลอดเลือดไม่ให้กลับมาตีบซ้ำ และคงสภาพของหลอดเลือดที่เปิดด้วยการทำบอลลูนครายยไว้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ยาต้านเกล็ดเลือดอย่างน้อย 1-2 ตัว เพื่อไม่ให้เกิดการตีบซ้ำและรักษาสภาพของขดลวดไว้เสมอ ซึ่งชนิดของขดลวดแบ่งเป็นชนิดไม่เคลือบยา เคลือบยา และชนิดสลายย่อยสลายตามธรรมชาติ วิธีนี้จะช่วยดันไขมันที่อุดตันหลอดเลือดอยู่ให้ไปชิดผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดสามารถไหลผ่านจุดที่เคยตีบได้สะดวกขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บหน้าอกน้อยลงหายใจได้เต็มที่ขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้ (Farcy, Chiu, Marshall, & Osborn, 2017)

4. การรักษาด้วยวิธีศัลยกรรม ได้แก่ Coronary Artery Bypass Graft (CABG) หรือการผ่าตัดทางเบี่ยงหัวใจ เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบวิธีหนึ่ง นอกเหนือจากการรักษาด้วย Medical treatment, Medical intervention (Percutaneous coronary intervention, PCI) และ Non-surgical treatment อื่นๆ โดยเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถรักษาอาการ Angina ได้ดีมาก ได้ผลทันที และหวังผลการรักษาได้ยาวนาน สามารถลดอัตราการเกิด

Sudden cardiac death ได้ดี และทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานขึ้น ซึ่งวิธีการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการนำหลอดเลือดมาต่อระหว่างบริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) มาต่อกับส่วนล่างของหลอดเลือดที่ตีบ แพทย์จะนำหลอดเลือดที่มีคุณภาพดีจากส่วนอื่นในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นหลอดเลือดดำจากขาหรือหลอดเลือดแดงจากทรวงอกหรือปลายแขน มาต่อทำทางเบี่ยงข้ามหลอดเลือดแดงส่วนที่ตีบหรืออุดตัน ทำให้เลือดผ่านส่วนที่ตีบหรือตันได้ดีขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (โอภาส ศรัทธาพุทธ, 2561)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในประชากรวัยทำงาน

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ประกอบไปด้วยการบริโภคอาหารที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด (พรพรรณ คัมมาตย์, จงจิต เสนหา, และวิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2563) จากการศึกษาของอาริส พลอยทรัพย์, วันเพ็ญ แก้วปาน, ปาหนัน พิษณุภิญโญ, และจุฑาธิป ศีลบุตร (2561) พบว่าแนวทางการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ทั้งนี้ พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการออกกำลังกายน้อย มีการรับประทานอาหารเหมาะสมปานกลาง และมี

การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต้องอาศัยแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้ประสบความสำเร็จ

เนื่องจากประชากรวัยทำงานนับเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงควรมีการดูแลตนเองให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558)

1. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และให้มีการหมุนเวียนกันไปในแต่ละวัน หลีกเลี่ยงอาหารประเภทที่มีไขมันสูง เพราะไขมันสามารถสะสมตัวเป็นคราบไขมันไปเกาะตามหลอดเลือดได้ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดตามมา

2. รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ซึ่งถ้าเป็นไปได้ ควรรับประทานอาหารกล้อง หรือ ข้าวซ้อมมือ ควบคู่ไปกับอาหารประเภทแป้ง โดยหมวดข้าว ควรรับประทานวันละ 8-12 ทัพพี

3. รับประทานพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ พยายามเลือกซื้อและบริโภคพืชผัก และผลไม้ ตามฤดูกาล โดยพืชผักควรรับประทานประมาณ วันละ 4-6 ทัพพี ส่วนผลไม้รับประทานประมาณ 3-5 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วน เช่น แก้วน้ำว่า 1 ผล เงาะ 4 ผล ส้ม 2 ผลกลาง มะละกอ 10 คำ ฝรั่ง 1 ผลเล็ก)

4. รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ซึ่งให้โปรตีน โดยให้รับประทานวันละ 6-12 ช้อนโต๊ะ สำหรับไข่ก็สามารถรับประทานได้สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย ซึ่งวัยทำงานนี้ สามารถดื่มนมได้วันละ 1-2 แก้ว

6. รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร เพราะถ้าได้รับไขมันมากเกินไป จะทำให้เกิดปัญหาไขมันในเลือดสูง และเป็นปัญหาโรคอ้วน และถ้ารับประทานพืชผัก และผลไม้ไม่เพียงพอ การออกกำลังกาย จะทำให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงง่ายขึ้น จนเกิดการแข็งตัวนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด รวมทั้งไขมันทรานส์ ซึ่งอาหารกลุ่มนี้อาจพบการปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์ ได้แก่ เบเกอรี่ ผลิตภัณฑ์จากสัตว์เคี้ยวเอื้อง ฟาสต์ฟู้ด และผลิตภัณฑ์น้ำมัน เนย เนยขาว เนยเทียม และอาหารในกลุ่มโดนัท พาย พัฟ รวมทั้งเพสตรี มาการีนต่างๆ มักมีกรดไขมันทรานส์สูงมากกว่า 0.5 กรัมต่อหน่วยบริโภค จึงควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารเหล่านี้ (จันทิมา โพธิ์, 2562)

7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัดและเค็มจัด อาหารที่มีรสเค็มมาก บ่งบอกถึงปริมาณโซเดียมที่สูง ซึ่งทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น สามารถนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจ อัมพาต และโรคไตได้ในที่สุด

8. งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเป็นสารเสพติด และถ้าดื่มจนติดแล้ว จะทำให้ร่างกายขาดวิตามิน และแร่ธาตุต่างๆ รวมทั้งอาจจะเป็นโรคตับแข็งร่วมด้วย ซึ่งผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีอายุเฉลี่ยสั้นกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม

9. การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกายเป็นประจำ อีกทั้งควรหมั่นดื่มน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยควรออกกำลังกาย

อย่างน้อย 30-40 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3-5 วัน จากการศึกษาพบว่า เอวที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 เซนติเมตรจะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3-5 เท่า โรคเบาหวานในผู้หญิงอ้วนมีมากกว่าคนปกติ 8-10 เท่า และชาย 2 เท่า คนที่มีน้ำหนักเกิน 13 กิโลกรัมขึ้นไป มีถึงร้อยละ 30 ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง และมีโอกาสเกิดโรคหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 2-4 เท่า หากได้มีการควบคุมน้ำหนักอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (สุนรรัตน์ นีรพัฒน์กุล, 2560)

10. หยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคติน ทำให้หลอดเลือดหดตัวลง หัวใจจะเต้นแรงและเร็ว ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น (Emelia, 2018) หากสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ จะช่วยให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพ

11. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การฝึกโยคะ เป็นต้น (ดวงกมล วัตราคุลย์, 2558)

12. หมั่นตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง และอย่ามองข้ามอาการเล็กน้อย ควรตรวจหาสาเหตุของโรคแต่เนิ่นๆ เพื่อให้การรักษาและป้องกันที่ถูกต้องมากกว่าที่จะปล่อยให้มีอาการรุนแรง ซึ่งการตรวจสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การตรวจหาไขมันในเลือด อายุ 20 ปีขึ้นไป ช่วยคัดกรอง และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564)

12.1 การตรวจร่างกายทั่วไป เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ช่วยใน

การตรวจคัดกรองโรคหรือภาวะของโรคบางอย่าง เช่น โรคซึมเศร้า เสี่ยงหัวใจผิดปกติ ตับ ม้ามโต ภาวะบวม เป็นต้น นอกจากนี้ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ยังช่วยประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อีกทั้ง การวัดความดันโลหิตช่วยในการตรวจหาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย

12.2 การประเมินคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบคัดกรองสำหรับกลุ่มเสี่ยง อาทิเช่น แบบประเมินแบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานของกรมควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค, 2564)

13. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จากการศึกษาของสฤณีเดช เจริญไชย, อัมพร วารินทร์, ศรัณญา ปานปิ่น, และมาสริน ศุกลปักษ์ (2562) พบว่า หากใช้รูปแบบกิจกรรมความรู้ทางสุขภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อบุคคลและสื่อออนไลน์ การใช้กระบวนการกลุ่มและการสร้างพลังอำนาจในการจัดการให้เกิดการสร้างสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขควรมีการจัดการเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพสำหรับในกลุ่มวัยทำงานที่เหมาะสม

คำแนะนำวิธีการสังเกตตนเองของวัยทำงานต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

เนื่องจากประชากรในวัยทำงานส่วนใหญ่สุขภาพร่างกายทั่วไปยังแข็งแรงดี อาจไม่มีโรคประจำตัวหรือยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ละเลยสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ อีกทั้งวิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไป มีความเร่งรีบในการทำงาน ภาวะเครียดที่สะสมจากการทำงาน การพักผ่อนไม่เพียงพอจากการตรากตรำงานอย่างหนักเพื่อให้งานที่สามารถลุล่วงไปตามวัตถุประสงค์ การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์มากพอ อาหารที่มีไขมันทรานส์ รวมทั้งไม่มีเวลาออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังที่กล่าวมา สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นได้ในประชากรวัยทำงาน และเป็นภัยต่อสุขภาพจนอาจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้น บุคลากรที่มีสุขภาพจึงควรมีการเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแก่ประชากรวัยทำงาน การดูแลตนเอง รวมทั้งให้คำแนะนำในการสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการนำหรือความผิดปกติที่อาจนำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนี้ (พรทิพย์ ไพศาลธรรม, สุภาภรณ์ ดั่งวงแพ่ง และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2561)

1. มีอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอกบ่อยๆ ทั้งขณะออกกำลังกายและขณะพัก
2. สับสนหรือเป็นประจําแล้วมีอาการหายใจลำบาก หรือหายใจติดขัดมากขึ้น
3. ผลการตรวจร่างกายพบระดับไขมันในเลือดสูง (LDL) เพราะเป็นตัวการปิดกั้นหลอดเลือด

เลือดหัวใจ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4. มีอาการหิวหรือใจสั่นบ่อยๆ

นอกจากนี้ทีมสุขภาพควรมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง อาทิ เช่น ลดหรือเลิกบุหรี่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายตามสมรรถภาพ ของร่างกาย การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และให้คำแนะนำแก่ประชากรวัยทำงานในกรณีที่มีอาการผิดปกติดังที่กล่าวมาข้างต้น หรือมีโรคประจำตัวที่อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยให้รีบไปพบแพทย์หรือตรวจสุขภาพให้บ่อยขึ้นมากกว่า 2 ครั้งต่อปี เพื่อให้แพทย์ประเมินอาการและความผิดปกติที่พบเบื้องต้น ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาที่ทันท่วงทีและป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้

สรุป

ประชากรวัยทำงานคือกลุ่มวัยที่มีความสำคัญกลุ่มหนึ่ง ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ แต่พบว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีความละเลยด้านสุขภาพมาก เพราะคิดว่าสภาพร่างกายของตนเองนั้นแข็งแรง ในขณะที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีความรุนแรงนำมาซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตได้ บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรเน้นการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในวัยทำงาน เพื่อให้มีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สามารถจัดการได้ ซึ่งจะส่งผลดีต่อตัวบุคคล รวมทั้งประเทศชาติที่จะมีประชากรวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาของประเทศอย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน. (2563). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของกระทรวงแรงงานฉบับที่ 3 (พ.ศ.2560- 2564). สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th>
- กรมควบคุมโรค. (2564). แบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน. สืบค้นจาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/p/wellness>.
- เกศศิริ วงษ์คงคำ. (2559). การพยาบาลศาสตร์: ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก พ.ศ. 2562. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge>
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค . (2563). สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2561. สืบค้นจาก <http://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>
- เจริญ สายะสถิตย์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันทิมา โพธิ์, วิสิษฐ จະวะสิต, วนันท์ย์ เกรียงสินยศ, และมยุรี ดิษญมธโรจน์. (2562). ปริมาณกรดไขมันทรานส์ในอาหารและการกำกับดูแลของประเทศไทย. วารสารโภชนาการ, 54(1). 85-93.
- ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง. (2558). อายุรศาสตร์เวชบำบัดวิกฤต. ปทุมธานี: ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์, และปณวัตร สันประโคน. (2562). ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 14(1), 43-51.
- นิตารัตน์ รวมวงษ์, อรพรรณ บุญลือ, เสาวภา เล็กวงษ์, และสุธี สุนทรชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลตำรวจ, 12(1), 128-137.
- ดวงกมล วัตราดุลย์. (2558). การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26(1), 89-103.
- พรหมมน คัฒมาตย์, จงจิต เสน่หา, และวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 31(1), 62-77.

- พรทิพย์ ไพศาลธรรม, สุภาภรณ์ ต้วงแพง และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2561). ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 29(1), 96-109.
- พัฒนาพร สุปิยะและนันทดา นาวุฒิ. (2558). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ. สืบค้นจาก <http://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/217/%20pdf>
- มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2564). *หลัก 3 อ. ดีต่อใจ*. สืบค้นจาก <http://www.thaiheartfound.org/category/details/savedisease/353>
- รชฏ โคตรสินธุ์, สมรภพ บรรหารักษ์, ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ , และสุทิน ชนะบุญ. (2563). การศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 1-18.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม*. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์. (2562). *เภสัชวิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่ม 1*. ขอนแก่น: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คันสนีย์ ดำรงศิลป์, พรณวดี พุฒินนะ, และกุสุมา คุวานันท์. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการตีบซ้ำหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 18(2), 220-227.
- สิรินทร์ อภิญาสวัสดิ์. (2564). *ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระรัว*. สืบค้นจาก <http://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/atrial%20fibrillation.pdf>
- สุรพล ช่วยบุตตา. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 547-560.
- สุนันรัตน์ นีรพัฒน์กุล. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *ควรตรวจสุขภาพอย่างไรในแต่ละช่วงวัย*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/47617>
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2564). *การใช้ยาลดไขมันในเลือดอย่างเหมาะสม*. สืบค้นจาก http://pca.fda.moph.go.th/public_media_detail.php?id=6&cat=56&content_id=1516

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *วัยทำงานกับการดูแลสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th>
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สฤณีเดช เจริญไชย, อัมพร วารินทร์, ศรัณญา ปานปิ่น, และมาสริน ศุกลปักษ์. (2562). ผลของรูปแบบกิจกรรมต่อความรู้ทางสุขภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(3), 31-41.
- อารีส พลอยทรัพย์, วันเพ็ญ แก้วปาน, ปาหนัน พิษุณณิโย, และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(2), 49-58.
- โอบจพ ทรายชู. (2557). โรคหัวใจที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม. *วารสารรามธิบดีเวชสาร*, 37(4), 229- 231.
- โอภาส ศรีธธาพุท. (2561). *สาระสำคัญทางศัลยศาสตร์หัวใจ*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Emelia J. Benjamin. (2018). TOTAL CARDIOVASCULAR DISEASES. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update. *Circulation*. 2018; 137: e247–e269. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000558.
- Farcy, D.A., Chiu, W.C., Marshall, J.P. & Osborn, T.M. (2017). *Critical care emergency medicine*. New York: McGraw-Hill Education.
- Odom-Forren. (2018). *Drain's perianesthesia nursing: a critical care approach*. St. Louis: Elsevier.

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย : บทบาทสำคัญของพยาบาล

ณัฐยา อ่อนผิว*, วาทีณี ชุณหปราณ**, เจนจิรา คันทักษ์**

บทคัดย่อ

ปัจจุบันแนวโน้มการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอาจเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น อาการง่วงซึมจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก อาการเหนื่อยล้าและอาการปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล่าช้ากว่าปกติ โดยเฉพาะกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ต้องแยกจากกับทารกในระยะหลังคลอด เนื่องจากทารกแรกเกิดมีปัญหาสุขภาพต้องได้รับการส่งต่อไปยังแผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต ด้วยเหตุนี้ทารกจึงขาดการกระตุ้นให้ดูดนมมารดาตั้งแต่แรกเกิด ส่งผลให้มารดาไม่ได้รับการกระตุ้นการสร้างน้ำนมจึงทำให้น้ำนมไหลช้าหรือน้ำนมไม่ไหลได้ บทความวิชาการเรื่องนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับบทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดที่ทารกป่วย โดยประยุกต์ใช้บันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนมให้เร็วขึ้นและมีปริมาณเพียงพอ เพื่อให้ทารกป่วยมีสุขภาพที่ดีหายจากการเจ็บป่วยเร็วขึ้น

คำสำคัญ : การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย, บทบาทสำคัญของพยาบาล

Breastfeeding Promotion among Mothers after Cesarean Section of Sick Newborns: Nurses' Important Role

Nuttaya Onpiw*, Wathinee Chunhapran**, Janejira Khantak**

Abstract

At present, the trend for caesarean section is increasing. Caesarean section may be a barrier to breastfeeding, such as drowsiness from the effects of sedative drugs, fatigue and surgical wound pain. As a result, breastfeeding initiation is delayed than usual, especially for the caesarean section mothers separated from their babies in the postpartum period because the babies have health problems that must be referred to Sick Newborn Unit or Neonatal Intensive Care Unit. Consequently, the babies are not stimulated for breastfeeding from birth, and the mothers are not stimulated for lactation. This article aims to propose knowledge related to nurse's an important role in promoting breastfeeding among mothers after cesarean section of sick newborns by applying 10 steps to successful breast feeding to sick newborns in order to be the nursing guideline to stimulate faster milk production and secretion with adequate supply to keep the sick newborns healthy and recover from the illness faster.

Keywords: Breastfeeding promotion, Mothers after cesarean section of sick newborns, Nurses' important role

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานวิจัยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก 169 ประเทศ ตั้งแต่ ค.ศ. 2015 พบว่าประเทศโดมินิกันมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 58.10 รองลงมาคือประเทศบราซิลและอียิปต์ ร้อยละ 55.50 (Boerma, Ronsmans, & Melesse, 2018) ในขณะที่ประเทศไทยพบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในสถานพยาบาลของรัฐสูงถึงร้อยละ 30-50 และยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (การุณ เก่งสกุล, 2562) ซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในประเทศไทยสูงเป็นอันดับสองของเอเชีย รองจากประเทศจีน (ภิเศก ลุมพิกานนท์, 2561) ในขณะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดเกณฑ์อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไว้ ไม่ควรเกินร้อยละ 10-15 ซึ่งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการคลอดปกติ (WHO, 2020)

มารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องต้องเผชิญกับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยในระหว่างการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การได้รับยาระงับความรู้สึกทำให้มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่ตื่นตัวหรือ่วงซึม ไม่สามารถตอบสนองได้เต็มที่ส่งผลให้ทารกดูดนมครั้งแรกล่าช้า มารดามีอาการเหนื่อยล้าจากการดื่มน้ำดอาหารในระหว่างการผ่าตัด ส่งผลกระทบทำให้มารดาไม่สามารถดูแลทารกได้ และภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

มารดายังต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ภายหลังผ่าตัด 1 วัน และมีอาการปวดแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งความเจ็บปวดและความไม่สบายที่เกิดขึ้นส่งผลให้มารดาทำกิจกรรมต่างๆ ได้จำกัด ไม่สามารถให้ทารกดูดนมได้เต็มที่ อีกทั้งอาการปวดแผลผ่าตัดยังส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและความเครียดส่งผลกระทบต่อให้หลังฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ลดลง ทำให้การกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมล่าช้าส่งผลให้มารดาน้ำนมไหลช้า (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554; กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และอุษา เชื้อหอม, 2558)

นอกจากความเครียดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความไม่สบายที่เกิดขึ้นแล้ว การที่มารดาต้องแยกจากกับทารกในระยะหลังคลอด เนื่องจากมารดามีโรคประจำตัวหรือมีภาวะแทรกซ้อนหรือทารกป่วย จนทำให้ทารกกลุ่มนี้ต้องได้รับการส่งต่อไปยังแผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤตทันทีที่ส่งผลให้ขาดการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งขาดการกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา จึงส่งผลให้มารดาไม่ได้รับการกระตุ้นการสร้างน้ำนม น้ำนมจึงไหลช้าหรือไม่ไหล นอกจากนั้นการที่ทารกเข้ารับการรักษาที่แผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤตแบบเร่งด่วน มารดามักขาดการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด มีการหลั่งสารโดปามีน (Dopamine) ซึ่งเป็น สารยับยั้งการหลั่งของฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) และฮอร์โมนออกซิโตซิน ส่งผลให้มี

การสร้างและหลั่งน้ำนมลดลงไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารกทำให้ทารกต้องได้รับนมผสมให้เพียงพอ ส่งผลให้มารดาไม่ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554; กนกวรรณ โคตรสังข์ และคณะ, 2558; กนกพร เอื้ออารีย์กุล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และสุตาภรณ์ พัทธมเรือง, 2561) ปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย ส่งผลให้สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย ยั่วยุค่อนข้างน้อย เห็นได้จากรายงานอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ 6 เดือนของทารกป่วยที่มารับบริการจากคลินิกนมแม่ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 35 ร้อยละ 69.17 และร้อยละ 41.61 ตามลำดับ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2560) ทำให้เห็นว่ายังมีทารกป่วยอีกจำนวนมากที่ยังขาดโอกาสในการได้รับนมแม่ ซึ่งเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก

นมแม่มีประโยชน์ มีคุณค่าและเป็นอาหารที่เหมาะสมมากที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทารกป่วยเนื่องจากในนมแม่มีสารอาหารที่มีองค์ประกอบสำคัญมากกว่า 200 ชนิด ได้แก่ สารภูมิคุ้มกัน เซลล์เม็ดเลือดขาว โปรตีน ไขมัน น้ำตาลแลคโตส วิตามิน และแร่ธาตุต่างๆ นมแม่จึงเปรียบเสมือนวัคซีนหรือยาชนิดแรกของทารกป่วยที่ส่งผลให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลง สามารถฟื้นฟูสุขภาพจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ และทำให้ทารกป่วยที่

กินนมแม่มีพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสติปัญญาดีกว่าทารกที่ไม่ได้กินนมแม่หรือทารกที่ได้รับนมผสม (ศศิกันต์ กาละ และรังสินี ขาวนาค, 2559; กนกพร เอื้ออารีย์กุล และคณะ, 2561) มีการศึกษาพบว่า ทารกป่วยที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่มีนมแรกมีโอกาสดูแลนมแม่อย่างเดียวก่อนทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่าทารกป่วยกลุ่มที่ได้รับนมผสมในมือแรก (Walker, Keene, & Patel, 2014) และการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับพัฒนาการของทารกป่วยภายหลังการได้รับนมแม่ โดยติดตามพัฒนาการระบบประสาทของทารกเมื่ออายุครบ 24 เดือนพบว่า ทารกป่วยมีการพัฒนาของระบบการเคลื่อนไหว การประสานระหว่างสายตากับมือ การได้ยินและพัฒนาการด้านการสื่อสารดีกว่าทารกที่ได้รับนมผสม (Gibertoni et al., 2015) จะเห็นได้ว่านมแม่มีประโยชน์อย่างมากต่อทารกป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วยให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมเร็วขึ้นและมีปริมาณเพียงพอแก่ทารก (ศศิกันต์ กาละ และรังสินี ขาวนาค, 2559; ศิริลักษณ์ ธารวัณณะ, 2563)

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย ซึ่งประยุกต์มาจากบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารก

ป่วย (Spatz, 2018) โดยสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วยให้ประสบผลสำเร็จ มีรายละเอียดดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 การให้ข้อมูล (Informed decision)

พยาบาลให้ข้อมูลที่สำคัญแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ สำหรับคนที่มีโอกาสได้รับการช่วยเหลือการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หลักสำคัญคือ แนะนำให้เห็นความสำคัญในการให้นมแม่หากทารกป่วยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา โดยมีการให้ข้อมูลเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; ศิริลักษณ์ถาวรวิฒนะ, 2563)

1. ระยะตั้งครรภ์ พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรให้ข้อมูลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและมีโอกาสผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพร้อมทั้งครอบครัว เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงประเมินทัศนคติของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งในการให้ข้อมูลควรเน้นให้เห็นคุณค่าของนมแม่โดยเฉพาะหัวน้ำนม (Colostrum) ซึ่งถือเป็นยากระตุ้นภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ทารกหายเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น รวมถึงอาจสาธิตการใช้อุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีที่มีมารดาและทารกแยกจากกัน เช่น อุปกรณ์ปั๊มเก็บน้ำนมด้วยมือและเครื่องปั๊มนม เป็นต้น

2. ระยะคลอด พยาบาลที่ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่ห้องผ่าตัด ควรให้ข้อมูล

แก่มารดาขณะอยู่ในห้องผ่าตัดกรณีมารดาสามารถตอบสนองต่อพยาบาลได้ ถึงสาเหตุของการที่มารดาและทารกต้องแยกจากกัน โดยสามารถให้มารดามองเห็นทารกขณะให้การพยาบาลเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพก่อนย้ายทารกไปรับการรักษาต่อ

3. ระยะหลังคลอด พยาบาลแผนกหลังคลอดให้ข้อมูลแก่มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่อมีอาการคงที่ หรือสามารถตอบสนองได้เกี่ยวกับเหตุจำเป็นที่มารดาและทารกต้องแยกจากกัน ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย และชี้แจงความจำเป็นที่มารดาจะต้องกระตุ้นให้มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมด้วยตนเองโดยที่ไม่มีทารกดูดนมมารดาเนื่องจากทารกเจ็บป่วย ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้มารดาเห็นคุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และประโยชน์ของนมแม่ รวมทั้งการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด สามารถเพิ่มอัตราการเริ่มต้นให้นมแม่ (Breastfeeding initiation) และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2563)

บันไดขั้นที่ 2 การช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมให้มาเร็วและต่อเนื่อง (Establishment & maintenance of milk supply)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยไปจนถึงการช่วยเหลือ

และการฝึกทักษะในการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมให้มาเร็วและต่อเนื่อง (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, 2563) มีรายละเอียดดังนี้

1. พยาบาลแผนกหลังคลอดควรเริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของเต้านม กระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมอย่างเข้าใจง่าย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดภายใน 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อมารดามีอาการคงที่และสามารถตอบสนองได้เพื่อให้มารดาและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม รวมถึงส่งเสริมให้มารดามีทัศนคติที่ดีและเกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (อุษา วงศ์พินิจ, 2558) มีการศึกษาพบว่า การให้คำแนะนำ การสอน สุขศึกษาและการฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะ 6-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สามารถเพิ่มปริมาณน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะก่อนกลับบ้านได้ (พองคำ ติลกสกุลชัย, สุตาภรณ์ พยัคฆเรือง, และศศิธารา น่วมภา, 2561)

2. พยาบาลแผนกหลังคลอดให้การพยาบาลและฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม การนวดเต้านม การประคบเต้านม การบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธีและอาหารเพิ่มน้ำนม ซึ่งภายหลังจากผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาควรได้รับการพยาบาลภายใน 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อมารดามีอาการคงที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (พองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ, 2561)

2.1 การนวดเต้านม หมายถึง การใช้มือหรือใช้อุปกรณ์ในการนวดเต้านมในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถนวดเต้านมเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการบีบน้ำนมออก หลักสำคัญของการนวดเต้านม คือ สัมผัสที่เบาและนุ่มนวล (Light touch) ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่มารดาเนื่องจากการนวดที่นุ่มนวล จะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินได้ดี ส่วนการนวดที่รุนแรงจะทำให้มารดาเจ็บปวดและเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเต้านมส่งผลให้เกิดการยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ และณัฐธิดา พรหมจินดา, 2563) จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์การนวดมีหลายวิธีที่สามารถเพิ่มปริมาณน้ำนม ลดอาการเจ็บเต้านมและอาการคัดตึงเต้านมได้ดังนี้

2.1.1 การนวดเต้านมแบบ Oketani เป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นของเต้านมด้วยการลดแรงยึดเกร็งระหว่างฐานเต้านมกับกล้ามเนื้อทรวงอก ด้วยเทคนิคการผลักและยกเต้านมตามทิศทาง 360 องศา วิธีการนวดเต้านมในแต่ละข้างมีทั้งหมด 8 วิธี โดยให้นั่งอเป็นรูปตะขอเกี่ยวสอดเข้าไปตรงฐานเต้านมให้ลึกประมาณ 0.8 เซนติเมตรและดันไปข้างหน้าเพื่อยกเต้านมขึ้น ทำให้ผู้นวดรู้สึกถึงช่องว่างระหว่างฐานของเต้านมและกล้ามเนื้อหน้าอก ข้อดีของการนวดวิธีนี้คือ พังผืดของเต้านมจะค่อยๆ คลายตัวลงส่งผลให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ลดการคั่งของหลอดเลือดดำทำให้เต้านมนุ่ม รวมทั้งหัวนมมีความยืดหยุ่น ทารกจึงสามารถอมหัวนมได้ลึกถึงลานนมส่งเสริมให้น้ำนมระบายได้ดี (กฤษณา ปิงวงศ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา, 2560;

พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย และคณะ, 2561; ศศิธารา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตติมา, และ กัญยรักษ์ เญยเจริญ, 2563)

2.1.2 การนวดเต้านมแบบ Breast care สามารถนวดได้ตั้งแต่ตั้งครรภ์ไตรมาสที่สามไปจนถึงหลังคลอด มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ใช้สาลีชุบน้ำมันบำรุงผิว เช่น น้ำมันมะพร้าว หรือ Baby oil วางบริเวณหัวนม 5 นาที เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น จากนั้นจึงทำความสะอาดหัวนม 2) นวดเต้านมแต่ละข้างด้วยฝ่ามือข้างเดียวกัน เริ่มจากด้านบนมาด้านล่างและด้านล่างของเต้านมตามลำดับ และนวดเต้านมต่อเนื่องจากด้านล่างด้านข้างและแนวขวางของเต้านมตามลำดับ โดยนวดแบบเดิมซ้ำไปมาประมาณ 20-30 รอบ 3) นวดเต้านมที่ละข้าง ถ้าเริ่มนวดจากด้านซ้ายให้ใช้มือซ้ายประคองเต้านม และใช้นิ้วมือ 3 นิ้วของมือขวานวดในลักษณะวนเป็นวงกลมและออกแรงกดเล็กน้อย โดยเริ่มจากฐานเต้านมไปจนถึงบริเวณหัวนมประมาณ 2 รอบ 4) นวดด้านข้างของเต้านม เริ่มจากประคองเต้านมด้วยมือข้างหนึ่งและใช้มืออีกข้างนวดด้านข้างของเต้านม เริ่มจากขอบเต้านมด้านนอกจนถึงหัวนม ทำซ้ำประมาณ 30 ครั้งทั้ง 2 ข้าง และ 5) หลังจากนวดเต้านมแล้ว ทำความสะอาดเต้านมโดยใช้น้ำอุ่นและน้ำเย็นทำความสะอาดประมาณ 5 นาที ข้อดีของวิธีนี้คือ ทำให้หัวนมยืดหยุ่นและช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนม (ศศิธารา น่วมภา และคณะ, 2563)

2.1.3 การนวดเต้านมแบบ Oxytocin massage วิธีการนวดจะใช้นิ้วหัวแม่มือกดวนเป็นวงกลมตามแนวกระดูกไขสันหลังมี

ทิศทางจากต้นคอไปยังซี่โครงคู่ที่ 5 และคู่ที่ 6 แบบลงน้ำหนัก ซึ่งการนวดบริเวณกระดูกไขสันหลังจะกระตุ้นสารสื่อประสาทส่งผ่านไปยังเมดัลลาออบลองกาตา (Medulla oblongata) ให้ส่งไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ในต่อมใต้สมองส่วนหลังหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน จึงทำให้มีการหลั่งน้ำนมเกิดขึ้น ข้อดีของวิธีนี้คือ ช่วยเพิ่มปริมาณของน้ำนมรวมถึงช่วยทำให้มารดารู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น (ศศิธารา น่วมภา และคณะ, 2563) นอกจากนี้มีงานวิจัยพบว่า การนวดเต้านมแบบ Breast care ร่วมกับการนวดแบบ Oxytocin massage สามารถเพิ่มน้ำนมหลังคลอดวันที่ 3 ได้เป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนวดเต้านม (พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย และคณะ, 2561; Hesti, Pramono, Wahyuni, Widyawati, & Santoso, 2017)

2.1.4 การนวดหัวนมและเต้านมด้วยตนเอง Self-Mamma control method (SMC) เป็นวิธีที่ง่ายมารดาสามารถฝึกปฏิบัติเองได้ มีรายละเอียดดังนี้

1) การนวดบริหารหัวนม ประกอบด้วยท่านวด 3 ท่า วิธีการ คือ (1) ใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับหัวนมและลานนมบีบเบาๆ นับ 1 ถึง 3 นวดจนรอบหัวนม (2) ใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือวางเช่นเดียวกับข้อ (1) แล้วนวดโดยบิดกลับไปกลับมารอบลานนมและหัวนม และ (3) ใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือวางเช่นเดียวกับข้อ (1) แล้วบิดเข้าออกหาตัวเองทำให้รอบบริเวณลานนมและหัวนมทั้ง 2 ข้าง

2) การนวดเต้านม ประกอบด้วย ท่านวด 3 ท่า คือ (1) ใช้มือซ้ายวาง

บริเวณขอบรอยต่อของเต้านมกับสีข้างใต้รักแร้ (กรณีเต้านมใหญ่มากให้มือซ้ายโอบเต้านม) ใช้อุ้งมือขวาบริเวณเนินหัวแม่มือดันเข้าหาเต้านม อีกข้างในแนวตรงโดยนับ 1 ถึง 8 เป็นจังหวะซ้ำๆ (2) ใช้มือซ้ายวางบริเวณข้างขอบเต้านมใช้อุ้งมือขวาบริเวณขอบด้านนิ้วก้อยดันขึ้นในแนวเฉียงไปหาไหล่ตรงกันข้าม โดยนับ 1 ถึง 8 เป็นจังหวะซ้ำๆ และ (3) ใช้มือซ้ายรองบริเวณใต้ราวนม ด้านขวาใช้อุ้งมือขวาบริเวณโคนนิ้วก้อยรองใต้มือขวาดันขึ้นตรงๆ แล้วนับ 1 ถึง 8 เป็นจังหวะซ้ำๆ ข้อดีของวิธีนี้คือ ช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนม กระตุ้นการไหลเวียนเลือดและสามารถช่วยแก้ไขปัญหาน้ำนมสั้นหรือน้ำนมบอดได้ (กฤษณา ปิงวงศ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา, 2560)

จะเห็นได้ว่าการนวดเต้านมช่วยกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนม รวมถึงทำให้หัวนมมีความยืดหยุ่น เป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วยสามารถให้ทารกดูดนมได้ทันที เมื่อทารกมีความพร้อม ซึ่งการนวดเต้านมแต่ละวิธีต้องใช้ความชำนาญและทักษะในการปฏิบัติโดยเฉพาะการนวดแบบ Oketani การนวดแบบ Breast care และการนวดแบบ Oxytocin massage ดังนั้นผู้นวดต้องผ่านการฝึกฝนก่อนที่จะนวดให้มารดาได้อย่างถูกต้อง (ศศิธรา น่วมภา และคณะ, 2563)

2.2 การประคบเต้านม เป็นการกระตุ้นเต้านมเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนมและส่งเสริมการเกิด Let down reflex การประคบเต้านมด้วยความร้อนจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้มีการขยายตัว จึงทำให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงบริเวณเต้านมเพิ่มขึ้นส่งผลให้ฮอร์โมนโพรแลคตินถูกดูดซึม

โดย Lactocyte มากขึ้น และ Alveolar cell จึงสกัดน้ำนมได้มาก นอกจากนี้การประคบเต้านมยังช่วยให้มารดาได้ผ่อนคลายความเครียดรู้สึกสบายมากขึ้น (กนกวรรณ โคตรสังข์ และคณะ, 2558) ซึ่งมีวิธีการประคบเต้านมที่ทำได้ง่าย คือการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น โดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นอุณหภูมิมากกว่า 37 องศาเซลเซียสประคบเต้านมข้างละ 5-10 นาที (Kangkan, Sangperm, & Wichiencharoen, 2014) หรืออาจใช้การประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรหนึ่งร่วมกับการนวดเต้านม เพราะมีการศึกษาพบว่า สามารถเพิ่มปริมาณน้ำนมได้ภายใน 3 ชั่วโมงหลังการนวด แต่ควรสอบถามประวัติการแพ้สมุนไพรของมารดาก่อนที่จะประคบเต้านม (พองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ, 2561)

2.3 การบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธี

2.3.1 พยาบาลหลังคลอดสอนมารดาและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการบีบเก็บน้ำนม หรือการใช้เครื่องปั๊มนมเพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งของน้ำนม โดยแนะนำให้มารดาผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้องที่ทารกป่วย ควรเริ่มบีบเก็บน้ำนมหรือปั๊มนมภายใน 4 ชั่วโมงหรือเร็วที่สุดหลังคลอด และบีบเก็บน้ำนมต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง รวมถึงติดตามการบีบเก็บน้ำนมโดยทำแบบบันทึกปริมาณน้ำนมเพื่อให้มารดาบันทึกด้วยตนเอง และให้กำลังใจแก่มารดาเพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่มารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, 2563) การวิจัยพบว่า มารดาคลอดทารกน้ำหนักน้อยหรือทารกป่วย หากเริ่มปั๊มนมภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลัง

คลอดมีปริมาณน้ำนมสะสมต่อวันมากกว่ากลุ่มที่เริ่มปั๊มนมระหว่าง 1-6 ชั่วโมงหลังคลอด เท่ากับ 1.8 เท่าในวันที่ 7 และ 2.2 เท่า ในสัปดาห์ที่ 3 หลังคลอด และควรปั๊มนม 8 ครั้งต่อวันหรือทุก 3 ชั่วโมงอย่างน้อยครั้งละ 15 นาที โดยเมื่อน้ำนมหยุดไหลหรือเกลี้ยงเต้านมควรปั๊มต่อเนื่องอีก 2 นาที (พองคำ ดิลกสกุลชัย และคณะ, 2561) ปัจจุบันยังมี การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) จึงควรให้ความรู้มารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก โดยมารดาควรสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งขณะปั๊มเก็บน้ำนมหรือปั๊มนม ทำความสะอาดมือก่อนและหลังปั๊มเก็บน้ำนมหรือปั๊มนม หากมีอาการไอหรือจามให้ทำความสะอาดบริเวณหน้าอกโดยพอกสบู่และล้างด้วยน้ำสะอาด แต่หากไม่มีอาการไอหรือจาม ไม่จำเป็นต้องล้างทำความสะอาดเต้านมทุกครั้ง (ธานินทร์ พิรุณเนตร, 2563)

2.3.2 พยาบาลหลังคลอดช่วยเหลือและฝึกทักษะให้มารดาปั๊มเก็บน้ำนมและทำความสะอาดอุปกรณ์ปั๊มนมอย่างถูกวิธี

1) การปั๊มเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธี มีขั้นตอนดังนี้ (1) เตรียมความพร้อมก่อนการปั๊มเก็บน้ำนมโดยเติมน้ำหรือเครื่องต้มอุ่นๆ ล้างมือให้สะอาดและหามุมสงบที่ช่วยให้ผ่อนคลาย (2) กระตุ้นการหลั่งของน้ำนมด้วยการประคบและนวดเต้านม (3) การปั๊มน้ำนมใช้มือข้างที่ถนัดวางปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่ขอบนอกของลานนมเป็นรูปตัวซีห่างจากหัวนมประมาณ 3 เซนติเมตร (4) กดนิ้วทั้งสองเข้าหาผนังหน้าอกก่อนแล้วจึงปั๊มสองนิ้วเข้าหากันเพื่อ

ทำให้น้ำนมจากท่อน้ำนมถูกดันพุ่งออกมา นำภาชนะมารองรับน้ำนม เมื่อน้ำนมไหลออกให้คลายนิ้ว ไม่ควรใช้นิ้วมือไถรูดหัวนมเพราะจะทำให้ผิวหนังถลอก หากบีบได้ถูกต้องจะไม่รู้สึกเจ็บเต้านม (5) คลายนิ้วและเริ่มทำซ้ำใหม่ โดยการกด-บีบ-ปล่อย เป็นจังหวะจนกระทั่งน้ำมน้อยลงให้เปลี่ยนตำแหน่งใหม่จนกระทั่งรอบขอบลานนม เพื่อปั๊มน้ำนมออกจากท่อน้ำนมจนเกลี้ยงเต้า ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และ (6) เมื่อปั๊มน้ำนมเสร็จควรปล่อยให้หัวนมแห้งก่อนแล้วจึงใส่ยกทรงให้กระชับรับน้ำหนักเต้านมพอดี (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2562)

2) กรณีมารดาที่ปั๊มนมมีข้อแนะนำในการทำสะอาดอุปกรณ์ปั๊มนมและขวดนม เพื่อป้องกันการติดเชื้อสู่ทารก ดังนี้ (1) ก่อนใช้อุปกรณ์ปั๊มนมเช็ดทำความสะอาดเครื่องปั๊มนมและโต๊ะที่จะวางเครื่องปั๊มนมและขวดนมด้านนอกด้วยแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% (2) ภายหลังใช้อุปกรณ์ปั๊มนมแยกอุปกรณ์ที่สัมผัสกับเต้านมและน้ำนมออกมาทำความสะอาด โดยเปิดน้ำให้ไหลผ่านอุปกรณ์แช่อุปกรณ์ในน้ำอุ่นผสมน้ำยาล้างขวดนม ใช้แปรงขัดทำความสะอาดและเปิดน้ำให้ไหลผ่านอุปกรณ์แล้วนำไปผึ่งให้แห้งและเก็บใส่กล่องปิดฝาให้มิดชิด (ธานินทร์ พิรุณเนตร, 2563)

2.4 อาหารเพิ่มน้ำนม พยาบาลควรแนะนำมารดาให้รับประทานอาหารเพิ่มน้ำนมและบำรุงน้ำนม สมุนไพรหรือผักที่ทำให้น้ำนมมีปริมาณเพิ่มขึ้น เช่น ชิง ใบกระเพรา ใบแมงลัก เป็นต้น ส่วนสมุนไพรหรือผักที่มีคุณค่าทางอาหารสูงช่วยบำรุงน้ำนม เช่น หัวปลี มะรุ้ม เป็นต้น

(สุภาภรณ์ ปิติพร, 2563) มีงานวิจัยให้รับประทาน แคปซูลขิงแห้ง ขนาด 500 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง จะช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนมในระยะก่อนเริ่ม Lactogenesis II (พองคำ ดิลกสกุลชัย และคณะ, 2561) ซึ่งเชื่อว่าฤทธิ์ที่เผ็ดร้อนจากสาร Gingerol ที่พบในขิงช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้ดี นอกจากนี้มีการศึกษาประสิทธิผลของเครื่องปั๊มชาปลักซ์ต่อการผลิตน้ำนมในมารดาหลังคลอด พบว่า ในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังคลอด มารดากลุ่มที่ได้รับเครื่องปั๊มสมุนไพรชาปลักซ์มีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ดื่มน้ำเปล่า ซึ่งในหัตถ์ปัสมีสารที่เป็นองค์ประกอบสำคัญคือ Saponins และ Tannins เชื่อว่าอาจจะมีผลต่อการเพิ่มระดับฮอร์โมนโพรแลคตินในเลือดจึงส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำนม (สุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2561)

บันไดขั้นที่ 3 การเก็บรักษานมแม่ (Human milk management)

มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วยควรทราบขั้นตอนการเก็บรักษานมแม่ภายหลังการปั๊มเก็บน้ำนมหรือปั๊มนม ดังนี้

1. พยาบาลหลังคลอดให้คำแนะนำในการบันทึกรายละเอียด ชื่อ-นามสกุลเจ้าของน้ำนม วัน เดือน ปี เวลาที่ปั๊มเก็บน้ำนม ปริมาณน้ำนมที่ปั๊มเก็บได้ และระยะเวลาการเก็บรักษาน้ำนมในอุณหภูมิปกติและในตู้เย็นประเภทต่างๆ (อุษา วงศ์พินิจ, 2558; มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561)

2. พยาบาลหลังคลอดให้คำแนะนำขั้นตอนการนำนมแม่ไปให้ทารกยังแผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต โดย

หลังจากที่มารดาปั๊มเก็บน้ำนมใส่ขวดนมเสร็จแล้ว พยาบาลล้างมือและเปลี่ยนถุงมือใหม่เปิดฝาขวดนมที่มีนมแม่และเทลงในขวดนมเปล่าที่เตรียมไว้ ปิดฝาขวดนมให้แน่น นำขวดนมใส่ลงในถุงซิปล็อกเปล่าที่เตรียมไว้แล้วใส่ในกระติกน้ำแข็งเพื่อนำนมแม่ไปให้ทารกยังแผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต (ธานินทร์ พิรุณเนตร, 2563)

บันไดขั้นที่ 4 การทำความสะอาดช่องปากและการให้นมแม่ (Oral care & feeding human milk)

การทำความสะอาดช่องปากของทารกป่วยด้วยนมแม่ ถือเป็นการเพิ่มหรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันของทารกป่วย เนื่องจากสารภูมิคุ้มกันที่อยู่ในหัวน้ำนมจะซึมผ่านเยื่อเมือกในช่องปาก (Oropharyngeal-associated lymphoid tissue) และดูดซึมผ่านเยื่อเมือกในระบบน้ำเหลืองในเยื่อลำไส้ (Gut-associated lymphoid tissue) เข้าสู่ระบบทางเดินอาหารและเนื้อเยื่อน้ำเหลืองทั่วร่างกาย (ทิพวัลย์ ดารามาศ, 2563) จึงช่วยลดการติดเชื้อในทารกป่วยได้ โดยสามารถทำได้กับทารกป่วยทุกราย แม้จะอยู่ระหว่างงดให้นมทางปากหรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือมารดาและครอบครัว ดังนี้

1. พยาบาลแผนกหลังคลอดประเมินความพร้อมของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในการติดตามเยี่ยมทารกและประสานงานส่งต่อข้อมูลมารดากับพยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤตเพื่อให้มารดาให้นม

2. พยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤตฝึกทักษะให้มารดาและสามี ทำความสะอาดหรือเคลือบช่องปากทารกด้วยนมแม่ โดยใช้ไม้พันสำลีปลอดเชื้อ (Swab) ชุบนมแม่หรือใช้ Tuberculin syringe หยดหรือป้ายเบาๆ บริเวณริมฝีปาก ลิ้น เหงือก และรอบๆ กระพุ้งแก้ม ซึ่งสามารถใช้นมแม่เคลือบช่องปากทุก 3 ชั่วโมงหรือวันละ 8 ครั้ง และควรเลือกใช้นมแม่ที่สดใหม่ หรือแช่ในอุณหภูมิ 0–4 องศาเซลเซียสไม่เกิน 96 ชั่วโมง และใช้ให้หมดภายใน 1 ชั่วโมง ทั้งนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ไม้พันสำลีและการใช้ Tuberculin syringe หยดเพื่อชุบนมแม่เคลือบช่องปากทารก ผลการศึกษาพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการเคลือบช่องปากด้วยนมแม่ โดยการหยดด้วย Tuberculin syringe มีระดับ Secretory immunoglobulin A (sIgA) และระดับ lactoferrin ในปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ไม้พันสำลี (ทิพวัลย์ ดารามาศ, 2563; Maffiei, Brewer, Codipilly, Weinberger, & Schanler, 2020)

บันไดขั้นที่ 5 การส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin to skin contact)

มารดาผ่าตัดคลอดมักจะได้รับ การส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อล่าช้า เนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับขั้นตอนของการผ่าตัดคลอด รวมถึงข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยของทารก มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกและกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมล่าช้า (กนกวรรณ โคตรสังข์ และคณะ, 2558) จากการศึกษาพบว่าการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อช่วยเสริมสร้างความรัก ความผูกพันของมารดาและทารก ช่วยกระตุ้นการ

สร้างและการหลั่งน้ำนมได้เร็วขึ้น มารดาที่มีประสบการณ์สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนานและมีประสิทธิภาพ (อุษา วงศ์พินิจ, 2558) สำหรับในทารกป่วยมีการศึกษาพบว่า การส่งเสริมสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ ช่วยให้ทารกสามารถดูดนมจากเต้ามารดาได้เร็วขึ้นและลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล (จงลักษณ์ ทวีแก้ว, กัลยา บัวบาน, และปรังทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, 2563; Moore, Bergman, Anderson, & Medley, 2016) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือมารดาและครอบครัวดังนี้

1. พยาบาลแผนกหลังคลอดประเมินความพร้อมมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในการติดตามเยี่ยมทารกที่แผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต และประสานงานส่งต่อข้อมูลมารดากับพยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤตเพื่อให้มารดาหรือสามีได้เฝ้าติดตามลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561)

2. พยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วยหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต สอนมารดาและสามีเกี่ยวกับขั้นตอนการเฝ้าติดตามลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ ดังนี้ 1) สวมหมวกให้ทารก ถอดเสื้อผ้าทารกออก 2) จัดท่าทารกตั้งตรงระหว่างเต้านมมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อ หันศีรษะทารกไปด้านใดด้านหนึ่งในลักษณะคอหงนขึ้นเล็กน้อย เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ส่วนของแขนขาทารกให้งออยู่ในลักษณะท่ากบ 3) นำผ้าแห้งอุ่นและสะอาดวางทาบบนตัวทารกหรือใช้ผ้าพันรอบตัวมารดาและทารกโดยให้ขอบผ้าอยู่ระดับใบหูทารก 4) ให้

มารดาโอบกอดทารกนาน 10-15 นาที หรือนานเท่าที่มารดาสามารถโอบกอดทารกได้และทารกมีอาการคงที่ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; จงลักษณ์ ทวีแก้ว และคณะ, 2563)

บันไดขั้นที่ 6 การดูดเต้านม (Non-nutritive sucking: NSS)

ทารกแรกเกิดป่วยที่แยกจากมารดาควรได้รับการสนับสนุนให้ดูดเต้านมเปล่าอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เริ่มให้ดูดได้ทันทีโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์และน้ำหนักตัวของทารกเพื่อให้ทารกได้เตรียมความพร้อมในการดูดนม ได้คุ้นเคยกับหัวนมและเต้านมมารดา ซึ่งยังไม่คาดหวังให้ทารกได้รับน้ำนมจากเต้านมมารดา (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือมารดาดังนี้

1. พยาบาลแผนกหลังคลอดประเมินความพร้อมมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในการติดตามเยี่ยมทารกและประสานงานส่งต่อข้อมูลมารดากับพยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วยเพื่อให้มารดาได้ให้ทารกฝึกดูดเต้านมเปล่า (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, 2563)

2. พยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วยแนะนำมารดาให้บีบน้ำนมออกอย่างน้อย 15 นาที ก่อนให้ทารกดูดนมเพื่อป้องกันการสำลัก หลังจากนั้นนำทารกเข้าเต้านมมารดาตามหลักการดูดถูกวิธี (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, 2563)

บันไดขั้นที่ 7 การเปลี่ยนผ่านสู่การให้นมจากเต้า (Transition to breast)

การที่ทารกได้รับการโอบกอดจากมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อและการดูดเต้านมเปล่าจะช่วยให้ทารกเรียนรู้และฝึกฝนการดูดนมมารดาได้ดี ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือมารดาดังนี้ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, 2563)

1. พยาบาลแผนกหลังคลอดประเมินความพร้อมมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในการติดตามเยี่ยมทารกและประสานงานส่งต่อข้อมูลมารดากับพยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วยเพื่อให้มารดาได้ฝึกทักษะการให้นมทารกอย่างถูกวิธี

2. พยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วยประเมินความพร้อมของทารกก่อนดูดนมมารดา โดยประเมินการเคลื่อนไหวของลิ้นว่ามีแรงดูดพอหรือไม่ประเมินพังผืดใต้ลิ้น (tongue-tie) ประเมินช่องปาก (Oral assessment) และสอนมารดาให้สังเกตสัญญาณหิวของทารก (Hunger cue) รวมถึงการจัดท่าให้ทารก เข้าเต้า (Position and latch on) อย่างถูกวิธี โดยใช้หมอนช่วยในการจัดท่าเนื่องจากแรงดูดของทารก ยังไม่แรงพอที่จะสร้างแรงดูดสุญญากาศ ควรให้เวลามารดาและทารกอยู่ด้วยกันโดยไม่เร่งรีบและให้กำลังใจมารดาอย่างใกล้ชิด

บันไดขั้นที่ 8 การวัดปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับ (Measuring milk transfer)

เมื่อทารกสามารถดูดนมจากเต้านมมารดาได้ ควรมีการติดตามและวัดปริมาณน้ำนมที่ทารก

ได้รับเพื่อเป็นการยืนยันว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอหรือไม่ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทดังนี้

1. พยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วย ประเมินน้ำนมของมารดาว่ามีปริมาณมากพอ หรือการสร้างน้ำนมของมารดาอยู่ในระยะ lactogenesis II ก่อนที่จะวัดปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561)

2. พยาบาลแผนกทารกแรกเกิดป่วย ติดตามชั่งน้ำหนักทารกเพื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักก่อนและหลังดูดนมมารดา โดยการจัดวางท่าของทารกตำแหน่งเดิมทุกครั้งและใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเดิมที่ได้มาตรฐาน และบันทึกน้ำหนักของทารกที่เปลี่ยนแปลง (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, 2563)

บันไดขั้นที่ 9 การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (Preparation for discharge)

พยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพเตรียมความพร้อมของมารดาและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่มารดา ก่อนกลับไปเลี้ยงลูกเองที่บ้าน (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, 2563)

1. พยาบาลประเมินความพร้อมของมารดาและทารกเมื่อได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้ย้ายกลับมาอยู่กับมารดาที่แผนกหลังคลอดหรือแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน เช่น ประเมินความสามารถในการดูดนมจากเต้ามารดา ประเมินการได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอของทารก และประเมินความพร้อมในการเลี้ยงดูทารก เป็นต้น

2. พยาบาลส่งเสริมให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันที่โรงพยาบาลแบบตลอด 24 ชั่วโมง (rooming-in) และช่วยฝึกทักษะในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ ฝึกทักษะการเลี้ยงดูทารก รวมถึงวางแผนการดูแล ทารกเมื่อกลับบ้านร่วมกันกับมารดาและครอบครัว

บันไดขั้นที่ 10 การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย (Appropriate follow-up)

ภายหลังจากจำหน่ายมารดาและทารกออกจากโรงพยาบาลควรมีการติดตามและให้ความช่วยเหลือมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รวมถึงปัญหาการเลี้ยงดูทารก ซึ่งควรติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายกลับบ้านดังนี้

1. ติดตามเยี่ยมเชิงรุก พยาบาลคลินิกนมแม่ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรืออาจมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์รวมถึงช่องทางอื่นๆ เช่น ไลน์ กลุ่ม เฟซบุ๊ก เป็นต้น โดยอาจติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 7 วัน และภายใน 14 วัน รวมถึงติดตามต่อเนื่องทุกเดือนจนกระทั่งทารกอายุ 6 เดือน เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, 2563) ทั้งนี้จากการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดตลอดก่อนกำหนดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤตของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งได้ประยุกต์ใช้บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยในการศึกษา โดยใช้การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมมารดาและทารกในวันที่ 3 วันที่ 7 และวันที่ 14 หลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม พบว่าอัตราการได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อจำหน่ายและหลังจำหน่าย 14 วัน อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 82.4 (สุนตรา แก้ววิเชียร, ศิริลักษณ์

ถาวรวัฒน์, วรณิ จันทร์มาศ, สุกัญญา แสงตุ่น, และสุพัตรา ทาอ้อ, 2562)

2. ติดตามเยี่ยมเชิงรับ โดยนัดหมาย มารดาและทารกมาพบที่คลินิกนมแม่ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อติดตามและช่วยเหลือ มารดาและทารกเกี่ยวกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2561; นิสาชล เศรษฐไกรกุล และชมพูนุท โตโพธิ์ไทย, 2562; ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์, 2563)

บทสรุป

นมแม่มีประโยชน์อย่างมากสำหรับทารกแรกเกิดเนื่องจากมีสารอาหารครบถ้วนและเหมาะสมที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย ซึ่งขาดโอกาสในการได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยประยุกต์ใช้บันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล เริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลที่สำคัญแก่มารดาและครอบครัวเกี่ยวกับ

ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมให้มาเร็วและต่อเนื่อง การแนะนำให้เก็บรักษานมแม่อย่างถูกวิธี การช่วยให้มารดาและสามีได้มีส่วนร่วมในการทำควมสะอาดช่องปากทารกด้วยน้ำนมแม่ การส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ และการเตรียมทารกในการได้รับนมแม่ การประเมินปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกเมื่อกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกระบวนการนี้มีจุดเน้นที่พยาบาลจะต้องฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ คือ การนวดหัวนมและเต้านม ซึ่งมีข้อมูลด้านวิชาการและการวิจัยสนับสนุนว่าสามารถช่วยกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนมได้ดี ทำให้มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วยมีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น และมีปริมาณเพียงพอแก่ทารกเพื่อให้ทารกป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร เอื้ออารีย์กุล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และสุตาภรณ์ พัยคมเรือง. (2561). ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมและระยะเวลาที่มารดามีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารกในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(3), 71-82.
- กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และอุษา เชื้อหอม. (2558). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 13-26.
- กฤษณา ปิงวงศ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2560). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม. *พยาบาลสาร*, 44(4), 169-176.
- การุณ เก่งสกุล. (2562). ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ระบุผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพิ่มความเสี่ยงจากการคลอด. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2019/08/17586>
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2562). การบีบน้ำนมด้วยมือ (hand expression of breast milk). สืบค้นจาก https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail
- จงลักษณ์ ทวีแก้ว, กัลยา บัวบาน และปรานทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). เนื้อแนบเนื้อสัมผัสแรกจากแม่สู่ลูก : ความสำคัญและการปฏิบัติ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 3(3), 2-8.
- ทิพวัลย์ ดารามาศ. (2563). การให้โคลอสตรัมทางปากในทารกเกิดก่อนกำหนด Oral colostrum administration in preterm infants. ใน ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร และจริยา วิทยะศุภกร (บ.ก.), *การประชุมวิชาการนมแม่ครั้งที่ 7 The 7th National Breastfeeding Conference: Scaling up & Learning more* (น. 171-172). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.
- ธานินทร์ พิรุณเนตร. (2563). COVID & Breastfeeding in the time of COVID-19. ใน ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร และจริยา วิทยะศุภกร (บ.ก.), *การประชุมวิชาการนมแม่ครั้งที่ 7 The 7th National Breastfeeding Conference: Scaling up & Learning more* (น. 224-227). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.
- นิศาชล เศรษฐไกรกุล และชมพูนุท โตโพธิ์ไทย. (2562). สถานการณ์การให้บริการของพยาบาลนมแม่ในสถานพยาบาลของประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(4), 368-382.
- พรณภา ตั้งสุขสันต์. (2554). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 103-119.

- พองคำ ติลกสกุลชัย, สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง และศศิธารา น่วมภา. (2561). *แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence-based Guidelines for Breastfeeding*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภิเศก ลุมพิกานนท์. (2561). *หญิงไทยผ่าคลอดสูงอันดับ 2 ของเอเชียรองจากจีนเร่งรณรงค์ลดผ่าคลอดที่ไม่จำเป็น*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/02/15385>
- มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2561). *บันได 10 ขั้นเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับลูกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและเด็กป่วย*. สืบค้นจาก <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/480>
- วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2563). *กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ Strategies for Successful Breastfeeding*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพรส.
- ศศิธารา น่วมภา และรังสิมันต์ ขาวนาค. (2559). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทารกป่วย*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(ฉบับพิเศษ), 196-208.
- ศศิธารา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตินา และกันยรักษ์ เกยเจริญ. (2563). *การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(3), 4-21.
- ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์ และณัฐธิดา พรหมจินดา. (2563). *Integrated breast massage: Japanese breast massage and TBML*. ใน ศิริภรณ์ สวัสดิ์วิตร และจริยา วิริยะศุภ (บ.ก.), *การประชุมวิชาการนมแม่ ครั้งที่ 7: The 7th National Breastfeeding Conference: Scaling up & Learning more* (น. 42). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.
- ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์. (2563). *Breastfeeding Sick Babies: The Challenges*. ใน ศิริภรณ์ สวัสดิ์วิตร และจริยา วิริยะศุภ (บ.ก.), *การประชุมวิชาการนมแม่ ครั้งที่ 7: The 7th National Breastfeeding Conference: Scaling up & Learning more* (น. 130-131). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. สืบค้นจาก <http://www.childrenhospital.go.th/html/2014/sites/default/files/annual60.pdf>
- สุนตรา แก้ววิเชียร, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์, วรณิ จันทร์มาศ, สุกัญญา แสงตุ่น และสุพัตรา ทาอ้อ. (2562). *การพัฒนาแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤตของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 141-158.
- สุภาภรณ์ ปิติพร. (2563). *Galactagogue : Herbs, Cookies etc.* ใน ศิริภรณ์ สวัสดิ์วิตร และจริยา วิริยะศุภ (บ.ก.), *การประชุมวิชาการนมแม่ ครั้งที่ 7: The 7th National Breastfeeding Conference: Scaling up & Learning more* (น. 178-188). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.

- สุสันหา ยิ้มแย้ม. (2561). สมุนไพรที่กระตุ้นการผลิตน้ำนมแม่. *พยาบาลสาร*, 45(1), 133-140.
- อุษา วงศ์พินิจ. (2558). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 8(1), 24-32.
- Boerma, T., Ronsmans, C., & Melesse, D. Y. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean section. *Lancet*, 392, 1341-1348.
- Gibertoni, D., Corvaglia, L., Vandini, S., Rucci, P., Savini, S., Alessandroni, R., & Faldella, G. (2015). *Positive effect of human milk feeding during NICU hospitalization on 24 month neurodevelopment of very low birth weight infants: An Italian cohort study*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295863/>
- Hesti, K. Y., Pramono, N, Wahyuni, S., Widyawati, M. U., & Santoso, B. (2017). Effect of combination of breast care and oxytocin massage on breast milk secretion in postpartum mothers. *Belitung Nursing Journal*, 3(6), 784-790.
- Kangkan, T., Sangperm, P., & Wichiencharoen K. (2014). Effect of nipple stimulation program on mothers breast-milk volume of preterm infants. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21 (Suppl), 205-218.
- Maffei, D., Brewer, M., Codipilly, C., Weinberger, B., & Schanler, R. J. (2020). Early colostrum administration in preterm infants. *Journal of Perinatal Medicine*, 40, 284-287.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants Cochrane Database Systematic Reviews*. Retrieved from <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858pub4/full>
- Spatz D., L. (2018). Beyond BFHI: the Spatz 10-step and breastfeeding resource nurse models to improve human milk and breastfeeding outcomes. *The journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 32(2), 164-174.
- Walker, T., Keene, S., Patel, R. (2014). Early feeding factors associated with exclusive versus partial human milk feeding in neonates receiving intensive care. *Journal of Perinatology*, 34(8), 606-610.
- World Health Organization. (2020). *WHO statement on caesarean section rates*. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/

นวัตกรรมกับผู้บริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม

วรัทยา กุณิธิชัย* พัชราภรณ์ อารีรัมย์** เนตรชนก ศรีทุมมา***

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นแนวคิดนวัตกรรมกับผู้บริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนวัตกรรมสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการสนับสนุนการบริหารจัดการทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ เพื่อผลลัพธ์การดำเนินงานภายในองค์กรในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการนวัตกรรมในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉมใช้หลักการบริหารจัดการใน 3 ระดับได้แก่ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับองค์กร ร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม ด้านทักษะและความสามารถในการเป็นผู้นำด้านนวัตกรรม และด้านการพัฒนาคุณลักษณะของผู้บริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม ซึ่งหากผู้บริหารในองค์กรการพยาบาล มีคุณลักษณะดังกล่าวนี้แล้วคาดว่าจะสามารถบริหารจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉมได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง อันจะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความสำเร็จของหน่วยงานและองค์กรได้ตามมา

คำสำคัญ: นวัตกรรม, ผู้บริหารการพยาบาล, ยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564 หน้า 110-121

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author e-mail: waratya.ku@up.ac.th Tel. 0856148534

วันที่รับบทความ: 18 กรกฎาคม 2564, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 16 กันยายน 2564, วันที่ตอบรับบทความ: 14 ตุลาคม 2564

Innovation and Nursing Managers in Disruptive Technology Era

Waratya Kulnitichai* Patcharaporn Aree** Netchanok Sritoomma***

Abstract

The purpose of this article aimed to describe relationship between the innovative concepts with nursing administrators in the era of disruptive technology, and knowledge and understanding of innovation for nursing managers, which is very important for nursing directors to implement it to improve quality of nursing management effectively in operational results within the organization in the era of transformative technology. Innovation managements in the era of technology transformation uses three levels of management principles: individual, group, and organizational levels, as well as to promote the competence of nursing executives in the era of transformative technology in 3 areas: Innovative leadership skills and abilities and the development of characteristics of nursing administrators in the age of disruptive technology. Therefore, nursing managers in the nursing organization with these features, it is expected to be able to quickly and timely manage changes in the changing technology era. That result can improve patient outcomes on their organizations, which leads to success of the nursing unit and organization as a result.

Keywords: Innovation, Nursing managers, Disruptive technology era

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021, 8(2), 110-121

*Assistant Professor, School of Nursing, University of Phayao

**Associate Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

***Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author e-mail: waratya.ku@up.ac.th Tel. 0856148534

Received: 18 July 2021, Revised: 16 September 2021, Accepted: 14 October 2021

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และธุรกิจอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้องค์กรต่างๆ เร่งคิดค้นเพื่อสร้างสรรค์สินค้าและบริการในรูปแบบใหม่ให้มีความแตกต่างและหลากหลายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการที่นับวันจะมีรูปแบบ การดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา นวัตกรรม (Innovation) จึงเข้ามามีบทบาทและมีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมมากยิ่งขึ้น หน่วยงานและองค์กรต่างๆ จึงต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ (มรกต จันทรกระพ้อ และกฤษฎา เขียววิฒสุข, 2562) เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่ลดน้อยลง ตรงกันข้ามกับความต้องการของมนุษย์ที่มีอยู่อย่างไม่จำกัด จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้องค์กร สถานประกอบการต่างๆ รวมถึงสถานพยาบาลที่ต้องมีการเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในองค์กร นำมาพัฒนาสรรค์สร้างเพื่อให้เกิดนวัตกรรม โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านคน ปัญญา ความรู้ และทักษะความสามารถ

เทคโนโลยีที่พลิกโฉม (Disruptive technology) หมายถึง เทคโนโลยีใหม่ที่เข้ามาเปลี่ยนแปลงวิธีการทำสิ่งต่างๆ อย่างสิ้นเชิง (Cambridge Business English Dictionary, 2019) ซึ่งการขับเคลื่อนองค์กรให้สามารถอยู่รอดได้ในโลกยุคการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีนั้น การบริหารจัดการทรัพยากรจำเป็นต้องคิดวิเคราะห์และวางแผนโดยการคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวร่วมด้วย เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือ รู้เท่าทันเงื่อนไข

ใหม่ๆ ที่จะเกิดขึ้นอย่างแน่นอนในอนาคต ทั้งนี้เนื่องจากความเร็วในการเข้าถึงและแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ตลอดจนการกระจายโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลของคนหมู่มาก ส่งผลให้ผู้บริหารองค์กรทั้งภาครัฐบาลและภาคธุรกิจต้องมีกลยุทธ์การตัดสินใจเพื่อหาทางเลือกของการแก้ปัญหาและมองหาโอกาสในการพัฒนาสินค้าและบริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล แสดงให้เห็นได้ว่ายุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม (Disruptive technology era) เทคโนโลยีดิจิทัลและการประยุกต์สารสนเทศเพื่อการแข่งขันเชิงธุรกิจเป็นกุญแจสำคัญที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญจากการศึกษาการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ของผู้บริหารองค์กร พบว่าผู้บริหารมีการปรับตัวโดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้เป็นเครื่องอำนวยความสะดวก และใช้เป็นกลยุทธ์ในการแข่งขันกันอย่างกว้างขวางจนถึงปัจจุบัน (Coccia, 2017) เช่นเดียวกับด้านการบริหารจัดการทางการแพทย์ ที่นับว่าเป็นโอกาสในการเร่งพัฒนาประสิทธิภาพการบริการด้านสุขภาพโดยการลดต้นทุนและปรับปรุงคุณภาพการบริการในเชิงธุรกิจที่จะสามารถเสริมสร้างความแข็งแกร่งและปรับรูปแบบนวัตกรรมการบริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉมนี้ด้วยเช่นกัน (Herrmann et al., 2018) ในบทความนี้ได้สรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับความหมาย และประเภทของนวัตกรรม และการนำกลยุทธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการบริหารการพยาบาลอันจะเป็นประโยชน์ทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการทางการแพทย์

พยาบาลรวมไปถึงการเกิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ความหมายของนวัตกรรม

นวัตกรรม (Innovation) มีรากศัพท์มาจากคำว่า “innovare” ซึ่งเป็นภาษาลาติน แปลว่า “ทำขึ้นมาใหม่” คำนิยาม (Definition) หรือความหมายของนวัตกรรมมี 3 ลักษณะ (Dawson & Andriopoulos, 2014) ดังนี้

1. สิ่งใหม่ที่พัฒนาขึ้น (New innovation) เป็นสิ่งใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้น ซึ่งอาจจะมีลักษณะเป็นตัวผลิตภัณฑ์ เป็นรูปแบบบริการ หรือเป็นกระบวนการ โดยอาจเป็นการปรับปรุงจากของเดิมหรือพัฒนาขึ้นมาใหม่

2. การให้ประโยชน์เชิงเศรษฐกิจ (Economic benefits) เป็นนวัตกรรมที่ทำให้เกิดมูลค่าเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาสิ่งใหม่นั้นๆ ขึ้นมา ซึ่งผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นอาจจะสามารถวัดได้เป็นตัวเงินโดยตรง หรือไม่เป็นตัวเงินโดยตรงก็ได้

3. การใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง (Continuing of knowledge and creative ideas) นวัตกรรม เป็นสิ่งที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ได้เรื่อยๆ ไม่ใช่เกิดจากการลอกเลียนแบบหรือการทำซ้ำ สิ่งที่เป็นนวัตกรรมจึงต้องมีการใช้ทั้งความรู้และความคิดสร้างสรรค์เป็นฐานในการพัฒนาขึ้นมาใหม่ได้เรื่อยๆ

ดังนั้นนวัตกรรมจึงเป็นสิ่งที่ถูกพัฒนาขึ้นจากการใช้ความรู้ ความคิดสร้างสรรค์ ทักษะ และประสบการณ์ของบุคคลในการพัฒนาขึ้นมาใหม่ ซึ่งรูปแบบของนวัตกรรม

เป็นได้ทั้ง ผลิตภัณฑ์ บริการหรือกระบวนการที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจและให้คุณค่าต่อสังคม

ประเภทของนวัตกรรม

การแบ่งประเภทของนวัตกรรมสามารถสรุปสาระสำคัญโดยแบ่งประเภทนวัตกรรมได้ 3 ลักษณะ คือ 1) นวัตกรรมตามเป้าหมายของนวัตกรรม (The target of innovation) 2) นวัตกรรมตามระดับของการเปลี่ยนแปลง (The degree of change of innovation) และ 3) นวัตกรรมตามขอบเขตของผลกระทบ (The area of impact of innovation) (Goodman & Dingli, 2017) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. นวัตกรรมตามเป้าหมายของนวัตกรรม (The target of innovation) สามารถแบ่งเป็นประเภทย่อยๆ ได้อีก 2 ลักษณะ คือ นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product innovation) และนวัตกรรมกระบวนการ (Process innovation)

- 1.1 นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product innovation) เป็นการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่เดิมให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ถือเป็นผลิตผล (Outputs) ขององค์การหรือธุรกิจ โดยอาจจะอยู่ในรูปของตัวสินค้า (Goods) หรือการบริการ (Services) ก็ได้ (Goodman & Dingli, 2017) และตัวแปรหลักที่สำคัญของการพัฒนานวัตกรรมผลิตภัณฑ์มี 2 ตัวแปร คือ 1) โอกาสทางด้านเทคโนโลยี เป็นองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครื่องมือ อุปกรณ์ และกระบวนการที่จะทำให้สามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้เกิดขึ้นได้ และ 2) ความต้องการของตลาดเป็นความ

ต้องการของผู้ใช้ ที่มีความต้องการในผลิตภัณฑ์ใหม่นั้น และพร้อมที่จะซื้อหรือใช้ และส่งผลทำให้ผู้เป็นเจ้าของนวัตกรรมได้รับประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจหรือสังคม นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ที่จับต้องได้ (Tangible product) และจับต้องไม่ได้ (Intangible product) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ที่จับต้องได้ เช่น รถยนต์รุ่นใหม่ที่มีสมรรถนะสูง และทีวีที่ใช้เทคโนโลยีที่สูงขึ้น (High definition televisions; HDTV) สำหรับนวัตกรรมผลิตภัณฑ์จับต้องไม่ได้ เช่น การบริการ แพ็คเก็จทัวร์ (Packet tour) และธุรกรรมการเงินของธนาคารผ่านโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น

1.2 นวัตกรรมกระบวนการ (Process innovation) เป็นเครื่องมือ กรรมวิธีการผลิต การจัดจำหน่าย หรือรูปแบบการจัดการองค์การ โดยมีเป้าหมายสู่การพัฒนา นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ ให้ไปถึงมือผู้บริโภคหรือผู้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อองค์การมากที่สุด โดยนวัตกรรมกระบวนการส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปในเรื่องของการควบคุมคุณภาพ (Quality control) และการปรับปรุงประสิทธิภาพการผลิตและการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกิจกรรมหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในระบบ กล่าวคือ ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Process) และผลิตผล (Outputs) (Story, 2011) ซึ่งเป็นระบบและกลไกสำคัญในการพัฒนานวัตกรรม นอกจากนี้แล้วยังเป็นการเปลี่ยนแนวทางในการผลิตสินค้าหรือบริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไป เช่น การผลิตแบบทันเวลาพอดี (Just in time) การบริหารคุณภาพองค์กรโดยรวม

(Total quality management) หรือการผลิตโดยลดขั้นตอนให้กระชับ (Lean production) เป็นต้น

2. นวัตกรรมตามระดับของการเปลี่ยนแปลง (The Degree of change) แบ่งเป็นประเภทย่อยๆ ได้ 2 ลักษณะ คือ นวัตกรรมใหม่อย่างสิ้นเชิง (Radical innovation) และนวัตกรรมที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (Incremental innovation)

2.1 นวัตกรรมใหม่อย่างสิ้นเชิง (Radical innovation) เป็นนวัตกรรมที่มีระดับความใหม่ ในลักษณะที่มีความแตกต่างไปจากกรรมวิธี และแนวคิดเดิมไปอย่างสิ้นเชิงหรือเป็นลักษณะของการเปลี่ยนแปลงแบบถอนรากถอนโคน (Goodman & Dingli, 2017) ดังนั้น นวัตกรรมที่มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงแบบเฉียบพลัน จึงมีนัยสำคัญมากกว่าการปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่เดิม แต่เป็นการออกแบบและใช้แนวคิดใหม่ทั้งหมดในการพัฒนานวัตกรรม นวัตกรรมใหม่อย่างสิ้นเชิงนี้แสดงให้เห็นถึงสิ่งใหม่อย่างแท้จริง เช่น อินเทอร์เน็ต (Internet) จัดว่าเป็นนวัตกรรมในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม อินเทอร์เน็ตทำให้มูลค่านิยมที่มีอยู่เดิมซึ่งมีความเชื่อว่า โลกข้อมูลข่าวสารจำกัดอยู่ในวงเฉพาะในด้านเวลาและสถานที่นั้นเปลี่ยนแปลงไปสู่โลกที่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างไร้ขีดจำกัด ทั้งในด้านของเวลาและระยะทาง เช่น อินเทอร์เน็ตอาจเข้ามาแทนที่อย่างสมบูรณ์ในระบบการส่งข้อมูลข่าวสารแทนระบบไปรษณีย์ เป็นต้น

2.2 นวัตกรรมที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (Incremental innovation) เป็นนวัตกรรม

ที่เกิดขึ้นจำนวนมาก และมีความถี่ในการเกิดบ่อยมากกว่านวัตกรรมในลักษณะเฉียบพลัน โดยมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงที่ค่อยเป็นค่อยไป มีการปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นทีละเล็กละน้อย จากเทคโนโลยีหรือสิ่งที่มีอยู่เดิม มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงมาจากความเชี่ยวชาญขององค์กรหรือธุรกิจนั้นๆ (Goodman & Dingli, 2017) ซึ่งหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีภายใต้โครงสร้างหรือสถาปัตยกรรมที่มีอยู่เดิมร่วมด้วย ยกตัวอย่างเช่น เครื่องซักผ้าที่มีการเปลี่ยนระบบการหมุน และประสิทธิภาพในการซักให้มีคุณภาพมากขึ้นหรือเครื่องปรับอากาศที่มีการปรับปรุงระบบการฟอกอากาศและการทำงานให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น นับว่าเป็นตัวอย่างของนวัตกรรมในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปที่ทำให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจน ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า นวัตกรรมในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปนี้ เป็นนวัตกรรมที่มีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป โดยจะพัฒนาจากพื้นฐานแนวคิดหรือการออกแบบจากผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการที่มีอยู่เดิม ทั้งนี้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ ใกล้เคียงกับประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญและข้อมูลความต้องการของลูกค้าที่องค์กรมีอยู่ (Tidd & Bessant, 2014) เป็นการค้นพบ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดใหม่หรือความรู้ใหม่ที่มีลักษณะต่อเนื่องไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ในบริบทสังคมใดสังคมหนึ่ง ที่เป็นลักษณะของการสะสมความรู้ซึ่งเป็นผลมาจากโลกาภิวัตน์ที่ทำให้เกิดความหลากหลายทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม และการเมือง ส่งผล

ให้นวัตกรรมมีแนวโน้มเป็นกระบวนการค้นพบสิ่งใหม่ขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. นวัตกรรมตามขอบเขตของผลกระทบ (The area of impact) แบ่งเป็นประเภทย่อยๆ ได้ 2 ลักษณะ คือ นวัตกรรมทางเทคโนโลยี (Technological innovation) และนวัตกรรมการจัดการ (Administrative innovation) ดังนี้

3.1 นวัตกรรมทางเทคโนโลยี (Technological innovation) เป็นนวัตกรรมที่มีฐานการพัฒนามาจากเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้วโดยการพัฒนา นวัตกรรมทางเทคโนโลยีที่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้บริโภค ลักษณะนวัตกรรมกลุ่มนี้มีพื้นฐานหรือขอบเขตของการพัฒนามาจากเทคโนโลยี โดยในปัจจุบัน การพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีมีบทบาทและความสำคัญต่อหลายๆ อุตสาหกรรม ทั้งนี้เนื่องจากเทคโนโลยี ช่วยทำให้การพัฒนานวัตกรรมสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน เป็นนวัตกรรมที่มีส่วนสำคัญของความก้าวหน้าในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม และความเป็นอยู่ของประชากร (Goodman & Dingli, 2017)

3.2 นวัตกรรมการบริหารจัดการ (Administrative innovation) เป็นการคิดค้นเปลี่ยนแปลงวิธีการ ตลอดจนกระบวนการจัดการองค์กรใหม่ โดยนวัตกรรมดังกล่าวส่งผลทำให้ระบบการทำงาน การผลิต การออกแบบผลิตภัณฑ์ หรือการให้บริการบางอย่างขององค์กรมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เช่น การจัดการกับระบบข้อมูลต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ

การป้องกันและรักษาโรค (Kaya, Turan, & Aydin, 2015) การบริหารองค์กรโดยใช้แนวคิด บาลานซ์ สกอร์การ์ด (Balanced Scorecard) มาประยุกต์ใช้ในวางแผนกระบวนการทำงาน ประเมินผลการปฏิบัติงานขององค์กร การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาองค์กร โดยจากการศึกษาผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ การดำเนินงานขององค์กรหรือธุรกิจให้มี ประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดให้ประโยชน์เชิง เศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้น (Tidd & Bessant, 2014)

จากที่ได้กล่าวมาในข้างต้นจะเห็น ได้ว่า นวัตกรรมโดยเฉพาะนวัตกรรมทางด้าน เทคโนโลยีมีความสำคัญกับผู้บริหารในทุกองค์กร ทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมถึงผู้บริหารการ พยาบาลด้วยเช่นกัน โดยมีการนำมาประยุกต์ใช้ เป็นกลยุทธ์เชิงนโยบาย โครงสร้างองค์กร ระบบ การทำงาน และกระบวนการจัดการภายใน องค์กร ดังนั้นในปัจจุบันผู้บริหารจึงมีการนำ เทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการ องค์กรมากยิ่งขึ้น

การประยุกต์ใช้นวัตกรรมกับผู้บริหารการ พยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม

การบริหารจัดการด้านนวัตกรรมให้มี ประสิทธิภาพสูงสุดได้นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ ผู้บริหารการพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ในการนำเทคโนโลยีโดยเฉพาะด้านข้อมูล สารสนเทศมาใช้ในการจัดการทางการพยาบาล ได้อย่างเหมาะสม ท้นต่อการเปลี่ยนแปลงใน บริบท และสถานการณ์ปัจจุบัน รวมไปถึงการ พัฒนาภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาล ที่จะสามารถช่วยยกระดับวิชาชีพการพยาบาล

และองค์กรพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เกิดการสร้างสร้งนวัตกรรมที่เพิ่มมากขึ้น เป็น การผสมผสานระหว่างภาวะผู้นำที่สามารถบริหาร จัดการโดยนำแนวคิดด้านนวัตกรรมมาบูรณาการ ร่วมกับเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อนำมาพัฒนา องค์กรพยาบาล โดยการส่งเสริมด้านองค์ความรู้ แก่บุคลากรในหน่วยงานให้มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถคิดค้นสร้งสร้งสิ่งใหม่ คิดค้นผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความ ต้องการที่เหนือความคาดหมายของผู้รับบริการได้ (สุนทรภรณ์ ทองใส, 2559) ซึ่งลักษณะของ ผู้บริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม ที่จะสามารถนำพาองค์กรเพื่อบ่มงสู่เป้าหมาย ความสำเร็จได้นั้น ผู้นำการพยาบาลจึงต้องเป็น ผู้ที่มีความสามารถ เป็นผู้รอบรู้ มีความสามารถ ทำให้ทุกคนในองค์กรพยาบาลมองเห็นภาพ เป้าหมายขององค์กรที่ชัดเจนและเป็นเป้าหมาย เดียวกัน สามารถเผชิญต่อความเสี่ยงและความ ท้าทายได้อย่างชาญฉลาด สามารถจูงใจให้ทีมงาน สรรค์สร้างความคิดใหม่ๆในการพัฒนาองค์กร อย่างต่อเนื่อง (Marquis & Huston, 2017) ดังนั้น ภายใต้อาณการณ้แรงกดดันจากคู่แข่งบริการด้าน สุขภาพในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม การบริหาร จัดการต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้บริหารการพยาบาลสามารถรับมือ กับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างทันท่วงทีจึงควรมีการ คำนึงถึงใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับองค์กร ดังต่อไปนี้

1. ระดับบุคคล การที่บุคคลได้ปลดปล่อย ศักยภาพและรับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเอง

จะทำให้เกิดความเจริญงอกงามในด้านจิตวิญญาณ และการตระหนักรู้ในตนเองของบุคคลนั้น (Compton & Hoffman, 2013) แสดงให้เห็นถึงการศึกษาที่สามารถปฏิบัติงานโดยการใช้องค์ความรู้ที่มี ตลอดจนสามารถขยายองค์ความรู้นั้นให้มีความเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น (Boston-Fleischhauer, 2015) ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรมีการเสริมแรงจิตใจในการปฏิบัติงานโดยการพิจารณาให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมแก่ภาระงาน การเพิ่มค่าล่วงเวลา ซึ่งจะเป็นขวัญและกำลังใจให้พยาบาลวิชาชีพคิดค้น สร้างสรรค์ผลงาน นวัตกรรมบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อผู้รับบริการได้ดี (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2559) นอกจากนี้แล้วปัจจุบันทุกองค์กรรวมถึงองค์กรการพยาบาลต่างหันมาให้ความสนใจในการขยายต่อยอดองค์ความรู้ด้านนวัตกรรมกับการบริการสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ โดยใช้เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงาน อย่างไรก็ตามผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงควรมีการผลักดันเชิงนโยบายให้มีนักนวัตกรรมทางพยาบาล (Nurse innovator) ในองค์กร ซึ่งจากการศึกษาพบว่าองค์กรที่สามารถสร้างสรรค์กระบวนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลที่ดีนั้น ผู้บริหารการพยาบาลต้องเรียนรู้วิธีปลดล็อกหรือดัดศักยภาพในการสร้างสรรค์นวัตกรรมของบุคลากรทางการพยาบาล รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมการคิดริเริ่มสิ่งใหม่ในองค์กรอยู่เสมอ มีการส่งเสริม สนับสนุน และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการคิดค้นนวัตกรรมร่วมด้วย (Brysewicz, Hughes, & McCreary, 2015) จึงจะทำให้เกิดการพัฒนา

องค์กรและวิชาชีพเป็นอย่างก้าวกระโดดและสามารถบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

2. ระดับกลุ่ม การบริหารจัดการนวัตกรรมอย่างเป็นระบบได้นั้น หัวหน้าพยาบาลซึ่งเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น จำเป็นต้องเร่งค้นหาวิธีใหม่เพื่อให้ตอบสนองต่อการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ใช้บริการ (Boston-Fleischhauer, 2015) ยกตัวอย่างเช่น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย และประชากรมีอายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น (มรกต จันทรกระพ้อ และกฤษฎา เขียววิเศษ, 2562) เป็นต้น นอกจากนี้แล้วปัจจุบันยังมีการนำเทคโนโลยี มาใช้ในการบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุ จนกลายเป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสารเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาทิ การสื่อสารออนไลน์ในอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่ เครื่องคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สังคมออนไลน์ในอินเทอร์เน็ต เช่น เฟสบุ๊ก (Facebook) ไลน์ (Line) ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ สำหรับการตัดสินใจได้ทันเหตุการณ์ และมีการเพิ่มแรงจูงใจโดยการสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อนวัตกรรม (Marquis & Huston, 2017) รวมไปถึงระบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ระบบการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผ่านโปรแกรมออนไลน์ เป็นต้น (อิริยาพร อุดทา และ อริชัย อรรคอุดม, 2560)

3. ระดับองค์กร การปรับเปลี่ยนวิธีการคิดโดยนำนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารในองค์กรจะช่วยลดต้นทุนทางการบริการสุขภาพในองค์กรลงได้ ตัวอย่างเช่น การนำเทคโนโลยีด้านข้อมูลสารสนเทศมาใช้เป็นกลไกในการลดต้นทุนกิจกรรมทางการพยาบาลในระดับองค์กร หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการบริการพยาบาลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาแก่ผู้รับบริการ โดยการสแกนคิวอาร์โค้ด (QR code) หรือดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน (Download application) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการรักษาของตนเอง ก่อนเข้าพบแพทย์ ระยะเวลาการรอคอยแพทย์สั้นลง แต่ยังคงประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการทางสุขภาพ เป็นต้น (สุนทรินทร์ ทองไสย, 2559) ปัจจุบันองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนต่างหันมาให้ความสำคัญกับการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากประสบปัญหาการมีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด นอกจากนี้แล้วการบริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉมผู้บริหารระดับสูงในองค์กรควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ การมีคู่ความร่วมมือในเชิงธุรกิจเข้ามาช่วยในการบริหารงานในองค์กรทำให้เกิดข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (Marquis & Huston, 2017) กล่าวคือ การนำผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน โดยการรวมตัวกันทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อวางกลยุทธ์และเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลร่วมกันทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น ซึ่งจาก

การศึกษาองค์ประกอบของผู้บริหารการพยาบาลที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้เกิดภาวะผู้นำด้านนวัตกรรม พบว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน คือ ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้าน ความรู้ และทักษะภาวะผู้นำนวัตกรรมทางการพยาบาล ด้านบุคลิกภาพที่เหมาะสม ด้านสังคม และด้านคุณลักษณะนิสัยส่วนบุคคล (ลำพู สนั่นเอื้อ, 2560) จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบดังกล่าวนี้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเฉพาะบุคคลของผู้บริหารการพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรได้รับการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉมร่วมด้วย

การส่งเสริมสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉม

1. ด้านความรู้ เนื่องจากนวัตกรรมเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงขององค์กร ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด “นวัตกรรม” เพื่อทำให้เกิดการคิดค้นกระบวนการและวิธีการใหม่ๆ ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล อันจะส่งผลต่อการเติบโตและก้าวหน้าในองค์กร (Marquis & Huston, 2017) การที่ผู้บริหารการพยาบาลที่มีความรอบรู้ รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่เชื่อมโยงวิสัยทัศน์ขององค์กร เป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจให้ผู้ร่วมงานให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น จึงส่งผลทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้ตามมา

2. ด้านทักษะ การสร้างนวัตกรรมในองค์กร ให้มีคุณภาพและประสบความสำเร็จ มี

ความจำเป็นที่ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องเข้าใจ รายละเอียด กระบวนการคิดแก้ไขปัญหา โดยการพัฒนาทักษะของตนเองเริ่มจากการมองเห็น สภาพปัญหา การสังเกต การเอาใจใส่ในสิ่ง ผิดปกติที่พบแล้วนำมาประเมินปัญหา ความ ต้องการกับทีมงานที่มีความสนใจเดียวกัน แล้ว นำหัวข้ออื่นๆ มาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ หลังจากนั้น ออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล กำหนด ตัวชี้วัดของประสิทธิภาพนวัตกรรม กำหนด วิธีการใช้นวัตกรรม แล้วนำมาทดลองใช้ หลังจากนั้นประเมินผลนวัตกรรมที่นำไปทดลอง ใช้ บันทึกและสรุปผลและเผยแพร่นวัตกรรม (Tidd & Bessant, 2014) อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควร คำนึงถึงในการฝึกทักษะการสร้างนวัตกรรมคือ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การใช้ทรัพยากร ทั้งในด้านบุคลากร ระยะเวลาและงบประมาณ รวมไปถึงความสามารถในการถ่ายโอนนวัตกรรม สู่บุคลากรที่ต้องนำนวัตกรรมไปปฏิบัติร่วมด้วย

3. ด้านคุณลักษณะ การใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการพัฒนางาน เป็นคุณลักษณะหนึ่งของผู้นำทางการพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพ (Marquis & Huston, 2017) โดย ผู้บริหารการพยาบาลจำเป็นต้องมีความสามารถ ด้านเทคโนโลยี สามารถนำคอมพิวเตอร์มาใช้ใน

การประมวลผลการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม การนำแนวคิดด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ รวมไปถึงมีการคิดค้นนวัตกรรมด้านเทคโนโลยี ใหม่ๆ มาปรับปรุงพัฒนาการทำงานได้อย่าง เหมาะสมร่วมด้วย

บทสรุป

การนำแนวคิดด้านนวัตกรรมมาใช้ พัฒนาองค์กรนั้น ผู้บริหารการพยาบาลในยุค เทคโนโลยีที่พลิกโฉมจำเป็นต้องพัฒนาองค์ ความรู้ ทักษะความสามารถของตนเอง และ คุณลักษณะด้านการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยี พร้อมทั้งนำกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงทางด้าน เทคโนโลยีในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉมมาใช้ในการ บริหารจัดการบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ ผู้รับบริการ ตลอดจนการพัฒนาภาวะผู้นำด้าน นวัตกรรมทางการพยาบาล นอกจากนี้แล้ว ผู้บริหารการพยาบาลควรเป็นผู้ที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวและรับมือได้ดีในทุกสถานการณ์ มีการสื่อสาร สร้างความเข้าใจกับทีมการ พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถ บริหารจัดการองค์กรพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่ พลิกโฉมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิด ประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- มรกต จันทร์กระพ้อ และกฤษฎา เขียววิฒสุข. (2562). การสร้างองค์การแห่งนวัตกรรมเพื่อขับเคลื่อนสู่ความเป็นเลิศขององค์การ. *วารสารนักบริหาร*, 39(1), 53-66.
- ลำพู สนั่นเอื้อ. (2560). องค์ประกอบของภาวะผู้นำนวัตกรรมทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง เขต 4 กรมการแพทย์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, จังหวัดนครปฐม
- สุชาติ ไตรภพสกุล และชาคริต พิษณุางกูร. (2563). *การจัดการนวัตกรรม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรินทร์ ทองไสย. (2559). พยาบาลกับการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 112-119.
- อิริยาพร อุดทาและอริชัย อรรคอุดม. (2560). กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพออนไลน์ผ่านสื่อเฟซบุ๊กของโรงพยาบาลพญาไท. *วารสารเศรษฐศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*, 5(2), 146-156.
- Boston-Fleischhauer, C., (2015). Disruptive Innovation. *Journal of Nursing Administration*, 45(10), 469-470.
- Brysiewicz, P., Hughes, T. L. & McCreary, L. L. (2015). Promoting Innovation in Global Nursing Practice. *Rwanda Journal Series F: Medicine and Health Sciences*, 2(2), 41-45.
- Cambridge Business English Dictionary. (2019). *Disruptive Technology*. Retrieved from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/>
- Coccia, M. (2017). Disruptive Technologies and Competitive Advantage of Firms in Dynamic Markets, *SSRN Electronic Journal*, Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/316708037_Disruptive_Technologies_and_Competitive_Advantage_of_Firms_in_Dynamic_Markets
- Compton, W. C., & Hoffman, E. (2013). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Flourishing*. (2nd ed). United States of America: Wadsworth Cengage Learning.
- Dawson, P & Andriopoulos, C. (2014). *Managing change, creativity and innovation*. Los Angeles: SAGE.
- Goodman, M., & Dingli, S. M. (2017). *Creativity and strategic innovation management*. (2nd ed). Abingdon, Oxon; New York: Routledge.

- Herrmann, M. Boehme, P., Mondritzki, T, Ehlers, J. P., Kavadias, S., & Truebel, T. H. (2018). Digital Transformation and Disruption of the Health Care Sector: Internet-Based Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(3), e104.
- Kaya, N., Turan, N & Aydin, G. O. (2015). A Concept Analysis of Innovation in Nursing. *Procedia-Social and Behavioral Science*. 195, 1674-1678.
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. (9th ed). Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia.
- Muehlhausen, J. (2013). *Business models for dummies*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Story, P. (2011). *Dynamic capacity management for health care: advanced methods and tools for optimization*. Boca Raton: CRC Press.
- Tidd, J. and Bessant, J. (2014). *Strategic innovation management*. Hoboken: Wiley.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นวารสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีระบบการประเมินบทความต้นฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาอย่างน้อย 2 คน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและชื่อผู้เขียนบทความ โดยมีนโยบายรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยหรือบทความวิชาการทางการพยาบาล เพื่อเผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีกำหนดการออกเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ ทุก 6 เดือน ซึ่งบทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการจัดลำดับการตีพิมพ์ตามความเหมาะสม

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล

การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

1. **พิมพ์ต้นฉบับ** ในกระดาษ A4 หนึ่งเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) โดยใช้โปรแกรม Microsoft word และตัวพิมพ์ “TH SarabunPSK” ขนาดตัวอักษร “16 pt.” ให้เว้นระยะขอบทุกด้านกระดาษหนึ่งนิ้วมีเลขหน้ากำกับทุกหน้าและความยาวของเรื่อง ดังนี้

1.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาว 10-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรเกิน 20 รายการ

1.2 บทความวิชาการ ความยาว 9-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรเกิน 20 รายการ

2. **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษรชื่อเรื่องเป็นตัวหนาขนาด “18 pt.” และจัดให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อภาษาอังกฤษให้พิมพ์อักษรตัวแรกของทุกคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

3. **ชื่อผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ (Authors)** ให้ใส่ชื่อครบทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.” ใส่เครื่องหมาย * ต่อท้าย สำหรับ Footnote ได้บทคัดย่อหรือ Abstract พิมพ์ชื่อตำแหน่งวิชาการ ชื่อหน่วยงานที่สังกัดเรียงจากหน่วยงานย่อยไปหน่วยงานใหญ่ของแต่ละคนให้ตรงกับเครื่องหมาย * ที่กำกับไว้ด้านบน หรือหากมีแหล่งทุนวิจัยและ/หรือเป็นวิทยานิพนธ์ ต้องใส่* หลังชื่อ

บทความด้วย และให้ระบุ email ของผู้เขียนหรือ ผู้นิพนธ์หลักไว้ในส่วน Corresponding author และ เบอร์โทรศัพท์ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.”

4. บทคัดย่อ และ Abstract ต้องมีทั้งบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยพิมพ์แยกหน้าพร้อม Footnote ความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

4.1 บทคัดย่อ ของบทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาวไม่ควรเกิน 250 คำ โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามหัวข้อดังนี้ ดังตัวอย่าง

4.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย (Purpose)

4.1.2 รูปแบบการวิจัย (Design)

4.1.3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

4.1.4 ผลการวิจัย (Main findings)

4.1.5 สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations)

4.1.6 คำสำคัญ (Keywords)

4.2 บทคัดย่อของบทความวิชาการ ความยาวไม่เกิน 200 คำ ทั้งบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทย

5. คำสำคัญ และ Keywords กำหนดคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ 2-5 คำ โดยใช้เครื่องหมาย, คั่นระหว่างคำ และพิมพ์ชิดซ้ายต่อบทคัดย่อ และ Abstract

6. บทความที่ส่งมาพิจารณาตีพิมพ์ ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่า ได้มีการตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว และไม่มีการคัดลอกงานวิชาการ (Plagiarism) ของผู้อื่น รวมทั้งมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน เนื่องจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ให้ความสำคัญมาก “ในด้านจริยธรรม และจรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล TCI”

7. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา จะต้องมีการเขียนของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. รูปแบบของการเขียนบทความ

8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ ดังนี้

8.1.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เรียงตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในข้อ 4.1 บทคัดย่อจะอยู่หน้าแรกและหน้าที่ 2 ส่วนเนื้อหาอยู่หน้าที่ 3 ให้เรียงลำดับหัวข้อตามข้อ 8.1.2 - 8.1.14 ดังนี้

8.1.2 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

8.1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8.1.4 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย ต้องอธิบายพร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอสังเขป

8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างภาวะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=115)

	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-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

8.1.14 การเขียนเอกสารอ้างอิง (ใช้ระบบนาม, ปี) ใส่เฉพาะรายการที่มีการอ้างถึงในบทความ และกรุณาตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล ปี พ.ศ. ให้ตรงกันทุกแห่งที่อ้างอิง เช่น (ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์, 2561)

8.2 บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

8.2.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ, คำสำคัญและ Keywords อยู่หน้าแรก และหน้าที 2

8.2.2 เนื้อหาบทความอยู่หน้าที่ 3 ประกอบด้วยบทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป โดยเนื้อหาบทความควรเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ และนำไปสู่บทสรุปข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล

9. การเขียนอ้างอิง

การเขียนอ้างอิงประเภทต่างๆ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ APA (6th edition) ดังตัวอย่าง

9.1 อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อหนังสือ/(พิมพ์ครั้งที่)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ผู้แต่ง 1 คน	เรวดี ธรรมอุปกรณ. (2530). <i>การใช้ยาบำบัดอาการ</i> . (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช. Polit, D.F. (2010). <i>Statistics and data analysis for nursing research</i> . (2 nd ed.). United States of America: Pearson education.
ผู้แต่งเป็นสถาบัน	มหาวิทยาลัยคริสเตียน. (2560). <i>รายงานผลดำเนินงาน ปีการศึกษา 2559</i> . นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
ผู้รวบรวมหรือบรรณาธิการ	พิทยา ว่องกุล. (บรรณาธิการ). (2541). <i>ไทยยุควัฒนธรรมทาส</i> . กรุงเทพมหานคร: โครงการวิถัทรรศน์.

9.2 อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหนังสือ/(น./เลขหน้า)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์. (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก. (2534). การรักษาภาวะหอบหืดเฉียบพลันในเด็ก. ใน สมศักดิ์ โล่เลขา, ชลรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย และมนตรี ตูจิงดา (บ.ก.). <i>อิมมูโนวิทยาทางคลินิกและโรคภูมิแพ้</i> (น. 99-103). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
ตัวอย่าง	Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M.H. Bdkkdsiskidik <i>Socioeconomic status, Parenting, and Child development</i> (pp. 29-82). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
หนังสืออิเล็กทรอนิกส์	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./พิมพ์ครั้งที่./สืบค้นจาก/URL (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เกรียงศักดิ์ ลาภจตุรพิธ. (2558). <i>หมอเจ๊บ</i> . สืบค้นจาก http://www.ebooks.in.th/ebook/10427/ หมอเจ๊บ (ตัวอย่าง 7 ตอน)/ Dahlberg, G., & Moss, P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html

หนังสือแปล	ชื่อ/สกุล./ (ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./[ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ]/(ชื่อผู้แปล,/ผู้แปล)/พิมพ์ครั้งที่./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	สตีเฟน วิลเลียม ฮอว์คิง. (2552). <i>ประวัติศาสตร์ของกาลเวลา ฉบับภาพประกอบ</i> . [The illustrated: A brief history of time]. (ปิยบุตร บุรีคำ และอรรถกฤต ฉัตรภูมิ, ผู้แปล). พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร: มติชน.

9.3 อ้างอิงจากวารสาร

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./ (ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/ปีที่(ฉบับที่),/เลขหน้า-เลขหน้า. (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เสาวนีย์ ทรงประโคน. (2560). รูปแบบการดูแลสำหรับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี. <i>วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ</i> , 40(4), 1-20. Haag, F., Casonato, S., Varela, F., & Firpo, C. (2011). Parents' knowledge of infective endocarditis in children with congenital heart disease. <i>Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery</i> , 26(3), 413-418.
วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (มีเลขและไม่มีเลข DOI)	ชื่อ/สกุล./ (ปีที่พิมพ์)/ ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/ปีที่(ฉบับที่),/เลขหน้า-เลขหน้า. doi:xxx. ชื่อ/สกุล./ (ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/ปีที่(ฉบับที่),/เลขหน้า-เลขหน้า./URL (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง (มีเลข DOI)	Roger L.C. & Richare, L.H. (2010). Calcium-Permeable AMPA receptor dynamics mediate fear, memory erasure. <i>Science</i> , 330(6007), 1108-1112. Doi:10.1126/ science.1195298.
ตัวอย่าง (ไม่มีเลข DOI)	Cadigan, J., Schmitt, P., Shupp, R., & Sworpe, k. (2011). The Holdout problem and urban sprawl: experimental evidence. <i>Journal of Urban Economics</i> , 69(1),72. Retrieved from http://journals.elsevier.com/00941190/journal-ov-urban-economics/

9.4 อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ และวิจัย

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./ (ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญาโท/ปริญญาเอก)/ชื่อมหาวิทยาลัย,/ชื่อเมือง.
ตัวอย่าง	สมหมาย ธีรวิทยาคม. (2547). <i>ประสบการณ์การนอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)</i> (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม. Sirinoot Teanrunroj. (2005). <i>The Development of an innovative integrated approach to ICI-Mediated learning in science</i> (Doctoral dissertation). Srinakharinwirot University, Bangkok.

9.4 อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ และวิจัย (ต่อ)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)./ชื่อมหาวิทยาลัย./สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's thesis)./ชื่อมหาวิทยาลัย./Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	มานพ จันทรเทศ. (2547). <i>การนำเสนอรูปแบบการพัฒนานโยบายของสถาบันราชภัฏ</i> (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc Bruckman, A. (1997). <i>MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids</i> (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology). Retrieved from http://www-static.cc.gatech.edu/asb/thesis/
ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)./สืบค้นจาก/ชื่อฐานข้อมูล./(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's thesis)./Available from/database's name./(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)
ตัวอย่าง	McNiel, D.S. (2006). <i>Meaning through narrative : A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1434728)
ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(รายงานผลการวิจัย)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(Research Report)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	เพ็ญธิดา พงษ์ธานี. (2557). <i>ผลของความรู้ทักษะคุณค่าจรรยาบรรณและทัศนคติในวิชาชีพที่มีต่อสาธารณะของผู้สอบบัญชีภาษีอากร</i> (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
	Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). <i>A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through Third Grade</i> (Research Report). Nashville, TN: Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

9.5 รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding) ในรูปแบบหนังสือและออนไลน์

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อรายงานการประชุมเชิงวิชาการ./ (น./ เลขหน้า)/เมือง/ประเทศ.
ตัวอย่าง	พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย, ใน ศิริชัย กาญจนวาสี (บ.ก.), การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ (น. 97-102). กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อรายงานการประชุมเชิงวิชาการ./ (น./เลขหน้า)/สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./ชื่อบรรณาธิการ/(Ed.หรือEds.)/ชื่อรายงานการประชุม วิชาการ/(pp./เลขหน้า)/Retrieved from/URL *กรณีมีเลข doi ให้เติม doi:xxx แทนข้อความ สืบค้นจาก/URL หรือ Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt. H., & Wenderoth, M.P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. <i>Proceedings of the national academy of sciences</i> , 111(23) (pp.8410-8415). Retrieved form https:// doi.org/10.1073/pnas.1319030111

9.6 สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

9.6.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (eBook)

รูปแบบไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./ (พิมพ์ครั้งที่)/สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./ (พิมพ์ครั้งที่)/Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3-5 ปี. สืบค้นจาก http://drive.google.com/file/d/1HiTWiRh1Er73hVYIMh1cYWzOiaNL_Vc/view Dahlberg, G., & Moss, P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood- education-contesting-early-childhood.html

9.6.2 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

รูปแบบ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า.doi:xxxx.
ตัวอย่าง	Roger L.C. & Richare, L.H. (2010). Calcium-Permeable AMPA receptor dynamics mediate fear, memory erasure. <i>Science</i> , 330(6007), 1108-1112. doi:10.1126/ science.1195298.

9.6.3 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ปรากฏเลข DOI

รูปแบบ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/ปีที่(ฉบับที่),/เลขหน้า-เลขหน้า./URL
ตัวอย่าง	Cadigan, J., Schmitt, P., Shupp, R., & Sworpe, k. (2011). The Holdout problem and urban sprawl: experimental evidence. <i>Journal of Urban Economics</i> . 69(1), 72, Retrieved from http://journals.elsevier.com/00941190/journal-of-urban-economics/

9.6.4 ข้อมูลจาก Website

รูปแบบไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ./สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อผู้เขียน/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ./Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	นิภา ฝ่องพันธ์. (2552). <i>เปิดโลกทัศน์ให้ผู้สูงอายุ</i> . สืบค้นจาก http://suanprung.go.th/article-new National Education Goals Panel (NEGP). (1997). <i>Ready schools</i> . Retrieved from http://govinfo.library.unt.edu/negp/reports/readysch.pdf

9.6.5 สารสนเทศประเภท Press Release รายงานประจำปี ไฟล์ประเภท PowerPoint, Web Blog Facebook post หรือ Twitter post

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปี,เดือน,วันที่)/ชื่อเนื้อหา./[รูปแบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์]. สืบค้นจาก/URL
ตัวอย่าง	ชาญณรงค์ ราชบัวน้อย. (22 พฤศจิกายน 2561). <i>ศัพท์บัญญัติการศึกษา</i> . [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก http://www.sornor.org/

10. การส่งบทความ

10.1 ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา และหากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

10.2 ส่งบทความตีพิมพ์ในรูปแบบไฟล์ word และไฟล์ PDF และ “แบบฟอร์มรับรองจริยธรรมการนำเสนอบทความ” จากเว็บไซต์ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php ส่งไปอีเมลของวารสาร nursejournal@christian.ac.th หรือ olepingku@gmail.com

11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

11.1 กองบรรณาธิการ จะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุด จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) อย่างน้อย 2 คน ซึ่งกระบวนการประเมินจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือ ผู้ประเมินและผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด เพื่อคุณภาพของบทความ การพิจารณาตัดสินการรับตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการรับตีพิมพ์บทความ

ขึ้นอยู่กับผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสองคน ส่วนการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นอยู่กับบรรณาธิการวารสารฯ โดยบรรณาธิการจะส่งผลการพิจารณาไปยังผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน อาจเป็นการตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์ กรณีเป็นการตอบรับการตีพิมพ์ส่วนใหญ่จะมีข้อเสนอแนะให้มีการปรับแก้ไขตั้งแต่การปรับแก้ไขเพียงเล็กน้อยจนถึงการปรับแก้ไขระดับมาก เพื่อให้บทความวิชาการและบทความวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

11.2 ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน

11.3 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนภายในสถาบันกองบรรณาธิการ จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 2 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.4 บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขพร้อมชี้แจงการปรับแก้ไขในแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมล์วารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.7 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นการคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน-บ้านแพ้ว ตำบลดอนยายหอม

อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

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

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

อ่านบทความฉบับเต็ม (Full text)

ได้ที่ Website : http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ตัวอย่างบทความวิจัย

ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่*

บุษบา เนติสารยาภากร**, บุษงา ตโนภาส***, เอื้องพร เผ่าเจริญ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา 1) ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล กับพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล กับการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และ 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ระหว่างกลุ่มพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ พยาบาลพี่เลี้ยง และหัวหน้าหอผู้ป่วย

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ในปี พ.ศ. 2561 และปฏิบัติงานประจำต่อเนื่องระยะเวลา 1 ปี ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 153 คน 2) พยาบาลพี่เลี้ยงที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาให้เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และ 3) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ปฏิบัติงานอยู่ร่วมกัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล (2) แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และ (3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient และ One-way ANOVA

ผลการวิจัย: พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่มีทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับดี-ดีมาก ($M=3.85$, $S.D.=0.32$, $M=4.34$, $S.D.=0.40$, $M=4.23$, $S.D.=0.48$ ตามลำดับ) ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลและการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.606$, $p<.01$ และ $r=.630$, $p<.01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และสมรรถนะหลักขององค์กรของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลพี่เลี้ยง และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ($F=40.07$, $p<.001$ และ $F=19.77$, $p<.001$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยนี้สามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ โดยควรส่งเสริมทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมต่อผู้ป่วยด้านการบอกความจริง รวมทั้งสมรรถนะของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำความรู้มาแลกเปลี่ยนแบ่งปันกับเพื่อนร่วมงานและการบริหารแผนการทำงาน

คำสำคัญ: ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล, พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล, การรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กร, พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2564 หน้า 1-21

*ทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลสภากาชาดไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

**ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 งานบริหารทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

****ผู้ตรวจการพยาบาล งานบริหารทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Corresponding author, e-mail: netisaraya.trc@gmail.com Tel 081-540-0990

วันที่รับบทความ: 31 มีนาคม 2564, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 1 พฤษภาคม 2564, วันที่ตอบรับบทความ: 24 พฤษภาคม 2564

Attitude towards Nursing Profession, Ethical Behaviors in Nursing Practice and Perception on Core Competencies of Newly Graduated Nurses*

Busaba Netisarayaphakorn**, Bu-Ngah Tanopas***, Ueangphon Phaocharoen****

Abstract

Purpose: The purposes of this research are to study 1) attitude towards nursing profession, ethical behaviors in nursing practice and perception on core competency; 2) the relationship between attitude towards nursing profession and ethical behaviors in nursing practices of newly graduated nurses; 3) the relationship between attitude towards nursing profession and perceptions of core competency of newly graduated nurses; and 4) comparison of differences of ethical behaviors in nursing practices and perceptions of core competencies among newly graduated nurses, preceptor nurses, and head nurses.

Design: Descriptive research

Method: The samples consisted of 1) newly graduated of 153 nurses in 2018 and continue working at KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL and THAI REDCROSS SOCIETY 2) preceptor nurses that was assigned from head nurses and 3) head nurses of the ward where preceptor nurses and newly graduated nurses were working together. The research instruments consisted of attitudes toward nursing profession questionnaire, ethical behaviors in nursing practice questionnaire and perception of core competencies questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and one way ANOVA.

Main findings: The results revealed that the mean score of attitude towards nursing profession, ethical behaviors in nursing practices and perceptions of core competencies of newly graduated nurses were at high level ($M=3.85$, $S.D.=0.32$, $M=4.34$, $S.D.=0.40$, $M=4.23$, $S.D.=0.48$, respectively). Attitudes towards nursing professional had statistically positive relationship with ethical behaviors in nursing practice and perception of core competencies ($r=.606$, $p<.01$, $r=.630$, $p<.01$, respectively). In addition, the research showed that ethical behaviors in nursing practice and perception of core competencies in newly graduated nurses were statistically different among head nurses, preceptor nurses, and newly graduated nurses ($F=40.07$, $p<.001$ and $F=19.77$, $p<.001$, respectively).

Conclusion and recommendations: The result of this study could be applied to the direction of plan development by promoting attitude towards nursing profession emphasizing on ethical behaviors in truth telling. Also, core competencies in result-oriented improvement dimension, specifically in the knowledge sharing and managing working plans should be carried out.

Keywords: Attitude towards nursing profession, Ethical behaviors in nursing practice, Perception of core competencies, Newly graduated nurses

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021, 8(1), 1-21

*Research funding from the Thai Red Cross Nurses' Alumni Association Under the Royal Patronage of H.R.H. Princess Maha Chakri Sirindhorn

**Special Nurse Practitioner 7, HRM Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society

***Assistant Professor, School of Nursing Study, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

****Senior Nurse Manager, HRM Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society

Corresponding author, e-mail: netisaraya.trc@gmail.com Tel 081-540-0990

Received: 31 March 2021, Revised: 1 May 2021, Accepted: 24 May 2021

ตัวอย่างบทความวิชาการ

สารสนเทศทางการพยาบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

พรทิพย์ จอกระจ่าย*, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล*

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ไปทั่วโลกตั้งแต่เดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 เป็นต้นมา ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก นั้น การนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ถือเป็นเครื่องมือหลัก และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการบริหารจัดการระบบสุขภาพทั่วโลกให้มีประสิทธิภาพ สำหรับประเทศไทย การประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศถือเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย “ไทยแลนด์ 4.0” ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพยุคใหม่ ไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนของประเทศ

สารสนเทศทางการพยาบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน เนื่องจากพยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่หลากหลาย รวมทั้งโรคอุบัติใหม่ โดยพบว่า หากพยาบาลมีการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในกระบวนการดูแล โดยสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการพยาบาลและการรักษา ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดความผิดพลาดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้อย่างเป็นระบบและรวดเร็วมากขึ้น ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

คำสำคัญ : สารสนเทศทางการพยาบาล, ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, ไทยแลนด์ 4.0

Nursing Informatics in Emergency Medical Service System

Porntip Jokkrajai*, Jutarat Poopitukkul*

Abstract

The outbreak of the corona virus disease 2019 (COVID-19) has become an ongoing pandemic around the world since December 2019, as announced by the World Health Organization. Information technology (IT) has been integrated for use as a main tool and become a strategy to manage health systems worldwide more effectively. In Thailand, the application of information technology is a part of the "Thailand 4.0" policy that emphasizes the use of technology and innovation in order to maximize benefits for social, economic development and the new era of health service systems to gain stability, prosperity and sustainability of the country.

Nowadays, nursing informatics is very crucial in the emergency medical service system. Nurses are required to build up their capacity even more to manage with complex health care issues including emerging diseases. If nurses apply IT for emergency management in collaboration with other health professionals, this will lead to positive outcomes in caring process. It will increase the efficiency of services and treatment, increase the survival rates, minimize potential errors and complications, increase customer satisfaction, as well as enhance systematic and faster work system in assisting patients with emergency illnesses.

Keywords: Nursing informatics, Emergency medical service system, Thailand 4.0

www.christian.com

มหาวิทยาลัยคริสเตียน วิทยาเขตหลักนครปฐม

144 หมู่ 7 ต. กอนยายหอม อ. เมืองนครปฐม

จ.นครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555, 081-9419995

โทรสาร 0-3427-4500

มหาวิทยาลัยคริสเตียน ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์

ชั้น 8-9 อาคารสภาคริสตจักรในประเทศไทย

เลขที่ 328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ 0-2214-6303-6 โทรสาร 0-2214-6039