



วารสารพยาบาล  
ของ  
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย  
ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

**NURSING JOURNAL**

Of

The Nurses' Association of Thailand

Under the Royal Patronage of Her Royal Highness the Princess Mother

**จุดประสงค์**

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
2. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางการพยาบาล
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ

**Objectives**

1. To distribute knowledge
2. To develop nursing activities
3. To increase creative thinking
4. To establish good relationship among the professional member

กำหนดออกวารสาร : ทุก ๆ 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)

มกราคม - มีนาคม      เมษายน - มิถุนายน  
กรกฎาคม - กันยายน      ตุลาคม - ธันวาคม

**Quarterly Issue :**

January - March      April - June  
July - September      October - December

สำนักงาน : สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2354-1801 - 2

โทรสาร 0-2245-0148

**Office :** The Nurses' Association of Thailand

21/12 Rang Nam Rd. Rajtevi Dusit

Bangkok, 10400 Thailand

Tel. 0-2354-1801 - 2

Fax. 0-2245-0148

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ บริษัท เบญจผล จำกัด

2229/26 ถนนรามคำแหง หัวหมาก บางกะปิ กทม. 10240

โทรศัพท์/โทรสาร 0-2318-0557, 0-2718-9225 - 6

## วารสารพยาบาล

เจ้าของ	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี	
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	เข้มภลิต
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร. อรุณา รองศาสตราจารย์ ดร. สุนทรวาทิน รองศาสตราจารย์ ดร. อรุณญา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬาลักษณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกวรรณ ดร. ลิลลี่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วงเดือน	ภูไพบูลย์ เกียรติพิเชฐ เชาวลิต บารมี สุวรรณปฏิกรณ์ ศิริพร ตาทวิริยพันธ์ สุวรรณศิริ
ผู้จัดการ	นางสาววิริยา	ภูทอง
ฝ่ายจัดการ	นางสาวรุจิราภรณ์ นางสาวโสภิตา	มหานิล เนื่อกล้า
อัตราค่าสมัคร	ในประเทศ 1 ปี 280 บาท	

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารพยาบาลถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน  
วารสารพยาบาล หรือคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

## สารบัญ

วารสารพยาบาล

Thai Journal of Nursing

ปีที่ 57 ฉบับที่ 3-4 กรกฎาคม - ธันวาคม 2551

Vol. 57 No. 3-4 July - December 2008

### บรรณาธิการแถลง

Word from the editors

---

วิจัย : พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ	: นฤนาท ยืนยง	1
Research Title Ethical Behavior of Professional Nurses	: Narunart Yuenyong	

---

วิจัย : การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ขั้นตอนรีบบำบัด เพื่อลดปวด ในผู้ป่วยมะเร็ง	: อุบล จ้วงพานิช : จุรีพร อุ่นบุญเรือง : จันทราพร ลุนลุด	13
Research Utilization Project : Using Evidence-Based for Development of Clinical Nursing Practice Guideline of Music therapy for pain relief in cancer patients	: Ubon Juangpanich : Jureeporn Onbunreang : Jantaraporn Lunlud	

---

วิจัย : ประสิทธิภาพการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แก่สตรีในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง	: ภารดี ปรีชาวิทยากุล : พัชรี เลียดทวี : เจียมจิต ทศนาพิทักษ์ : สายพิน ปานบำรุง : พีรภาว จันทรวินบูลย์สุข : พุฒิศักดิ์ พุทธวินบูลย์	23
The Effectiveness of Providing Health Education about Breast Cancer and Breast Self Examination among Women Living in an Urban Community	: Paradee Prechawittayakul : Patcharee Liadtavee : Cheamghit Tasanapitak : Saiphin Panbumrung : Peerapha Jantarawiboonsuk : Putthisak Puttawibul	

<p>วิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม</p> <p>Relationship Between Sense of Coherence and Quality of Life in Patients with chronic Kidney Disease Receiving Hemodialysis</p>	<p>: เพียงดาว จุลบาท 37</p> <p>: สมพันธ์ หิญาชีระนันท์</p> <p>: ศากุล ช่างไม้</p> <p>: ผ่องศรี ศรีมรกต</p> <p>: Piangdao Chulabat</p> <p>: Sompan Hinjiran</p> <p>: Sakul Changmai</p> <p>: Pongsri Srimoragot</p>
<p>วิจัย : สภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไขตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี</p> <p>The Condition of Ethical Instruction, Ethical Dilemmas and Resolutions in Nursing Practice According to the Perception of Nursing Students in Borommarajonnani College of Nursing, Saraburi</p>	<p>: วารุณี มีเจริญ 48</p> <p>: Warunee Meecharoen</p>
<p>วิจัย : ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาต่อระดับความเครียด และการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด</p> <p>The Effectiveness of a Maternal Support Group Program on the stress level and Maternal Role of Mothers of Premature infants.</p>	<p>: อรทัย ศิลป์ประกอบ 60</p> <p>: นิตยา ตากวิริยะนันท์</p> <p>: ปรีกษ์มล รัชกุล</p> <p>: Orathai Sinprakob</p> <p>: Nittaya Takviriyannun</p> <p>: Prekamol Ratchanagul</p>
<p>วิจัย : ผลของการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน</p> <p>The Effect of Empowering in Over-nutritional Adolescences Through Group Counseling on the Adjustment of Their Exercising and Food Consumption Behaviors.</p>	<p>: ศรีสุดา เอกลักษณ์รัตน์ 75</p> <p>: ธนัชฌา ภัยพยับ</p> <p>: Srisuda Eklakanarat</p> <p>: Tanatcha Phaipayob</p>

## บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3-4 ของปี 2551 ซึ่งมีบทความที่หลากหลาย ซึ่งสมาชิกจะนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้ กองบรรณาธิการใคร่ขอเรียนให้สมาชิกทราบว่า นอกจากรายงานการวิจัยแล้ว วารสารพยาบาลยินดีรับบทความทางวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และวิชาชีพการพยาบาล เช่น ปัญหาความขาดแคลนพยาบาล ความก้าวหน้าในการจัดการศึกษาพยาบาล การดำเนินการในการจัดระบบพยาบาลชำนาญการเฉพาะสาขาในโรงพยาบาล หรือการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นต้น ซึ่งบทความเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน และกันในอนาคต กองบรรณาธิการจะพยายามดำเนินการให้มีบทความพิเศษจากผู้ที่ปฏิบัติงานในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประสบการณ์การปฏิบัติงานมีคุณค่า และข้อคิดที่ได้จากการปฏิบัติงานซึ่งไม่สามารถหาได้จากตำรา ซึ่งกองบรรณาธิการต้องใช้เวลาในการดำเนินงานอีกระยะหนึ่ง

บรรณาธิการ

## รายงานการวิจัย

### พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

นฤนาท ยืนยง\*

Yuenyong, N.

Research Title Ethical Behavior of Professional Nurses

TJN : (2008) : (3-4) : 1-12

Keywords : Ethical Behaviors, professional nurses, patients

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ(quantitative research) มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ 2) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามปัจจัยภูมิหลังทางสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย 3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามปัจจัยภูมิหลังทางสังคม 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ ด้านบรรยากาศองค์การกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ และ 5) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพตามความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพโดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยไม่คำนึงถึงสัดส่วน จากพยาบาลวิชาชีพจำนวน 400 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดภาครัฐพื้นที่สาธารณสุข เขต 4

จำนวน 400 คน สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยจำนวน 60 คนประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน และผู้ป่วยซึ่งเคยเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 2 เดือน จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ เครื่องมือผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาจากคณาจารย์ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้านพยาบาลเท่ากับ 0.9162 และด้านผู้ป่วยเท่ากับ 0.8644 ทำการศึกษาในช่วง เดือนมิถุนายน 2549 - กรกฎาคม 2551 วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) one-way ANOVA และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมเชิงจริยธรรมโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพในความคิดเห็นของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.66$ ) และในความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.32$ ) ตามลำดับ ปัจจัยด้าน ภูมิหลังทางสังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยด้าน ภูมิหลังทางสังคม ของพยาบาลวิชาชีพและทัศนคติต่อวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรม ของพยาบาลวิชาชีพ สำหรับภาพรวมการรับรู้บรรยากาศองค์การของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยครั้งนี้ จึงขอเสนอให้พยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อตัวพยาบาลเองเช่นเดียวกับความรับผิดชอบต่อผู้อื่น นอกจากนั้นหน่วยงานกำกับดูแลจริยธรรมพยาบาล ควรส่งเสริมจริยธรรมพยาบาลในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพด้านความรับผิดชอบต่อตัวพยาบาลเอง เช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น ด้านการร่วมทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพด้านการประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา ด้านหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคให้มากกว่าจรรยาบรรณวิชาชีพด้านอื่นๆ รวมถึงองค์การทางการพยาบาล ควรสร้างบรรยากาศองค์การให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมจริยธรรมแก่พยาบาล โดยเฉพาะการลดความขัดแย้งในองค์การให้รางวัลอย่างยุติธรรมและเหมาะสมกับภารกิจ

### Abstract

This research employed mainly quantitative method with the following purposes: 1) To study the level of ethical behavior of professional nurses 2) To compare the opinions towards ethical behavior of professional nurses divided by socio - economic factor of the patients 3) To compare the ethical opinions of professional nurses divided by their social back grounds 4) To study the relationship between attitudinal factor toward professionalism in the aspect of organizational atmosphere and ethical behavior of professional nurses and 5) To compare the ethical behavior of the professional nurses in the opinions of the patients and professional nurses by studying from a sample of professional nurses by which the researcher used a nonproportional stratification sampling process for 400 samples, and the patients who had been admitted in the public hospitals affiliated with sanitary area 4 for 400 samples, and, also, interviews are conducted with 60 key informants consisted of 40 professional nurses who had been working from 10 years and up and 20 patients who used to be admitted in the hospitals and subsequently released not more than 2 months. The research instrument was composed of a questionnaire and a structured interviewing form about ethical behavior of professional nurses. The instrument had been tested for content validity with the help of 5 academic experts with the results of 0.9162 for nurse category and 0.8644 for patient category. The study was conducted during June 2549 - July 2551. The analysis of data was done by percentage; Standard Deviation and One - way ANOVA and Multiple Regression.

The research found that : The ethical behavior of the professional nurses from the patients point of views in general was high ( $\bar{X} = 3.66$ ) and from The professional nurses point of view was medium ( $\bar{X} = 3.32$ ). The socio - economic factor of the patients was not related with ethical behavior of the professional nurses. As for the factor of social background of the professional nurses, it was not related with the ethical behavior of the professional nurses. The factors of social background of the professional nurse and attitude towards professionalism are not related with ethical behavior of professional nurse. As for the recognition of organizational atmosphere of the professional nurses in general has a positive relationship with the ethical behavior at .05 level of significant and the professional nurses recognition of the ethical behavior of professionalism were different with statistical significant at .05

From the findings of this research we, therefore, proposed the nurses should change their behaviors to be responsible for themselves as well as for others. In addition, the organization in charge of the nurse ethics should promote nurse' ethic in the aspect of professional interaction and in the aspect of responsibility for themself as well as for others; development for professionalism; professional practice and mercy; justice and equality more than professional ethic of other aspects. In addition, the nursing organization should create properly organizational atmosphere in order to promote ethic for the nurse especially what was related to conflict in the organization; and sanction in accordance with justice and work responsibility.

## บทนำ

ในการประกอบวิชาชีพนั้นได้มีการกำหนดแนวทางที่ให้ผู้ประกอบวิชาชีพยึดถือหลักปฏิบัติที่เรียกว่า จรรยาบรรณ ซึ่งหมายถึงประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้นเพื่อรักษาเกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของสมาชิก เป็นหลักความประพฤติของบุคคลในแต่ละกลุ่มอาชีพ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้มีคุณธรรมและจริยธรรม (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) วิชาชีพพยาบาล (professional nursing) ก็เช่นเดียวกัน ได้มีการกำหนดจรรยาบรรณพยาบาลโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฉบับแรกปี พ.ศ. 2528 ที่แบ่งเป็นหลักจรรยาบรรณวิชาชีพต่อประชาชน ต่อวิชาชีพ ต่อตนเอง ต่อสังคม และประเทศชาติ ต่อผู้ร่วมวิชาชีพและต่อผู้ประกอบวิชาชีพอื่น หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการปรับปรุงจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลให้สอดคล้องกับ

สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางการศึกษา เทคโนโลยี และปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งการตื่นตัวในสิทธิมนุษยชนและความต้องการมาตรฐานชีวิต โดยสาระสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลฉบับที่ 2 นี้ ระบุว่าพยาบาลพึงความรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพ ประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ มีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล ยึดหลักความยุติธรรม และความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ ประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ พึ่งป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ รับผิดชอบต่อปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจต่อพยาบาลและต่อวิชาชีพการพยาบาล พึ่งร่วม



ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มการพยาบาลที่รับผิดชอบตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2551) ซึ่งจรรยาบรรณจะช่วยให้พยาบาลประกอบกิจแห่งวิชาชีพโดยยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรม ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและกิจส่วนตัว (สิวลี ศิริไล, 2548 : 49) เพราะวิชาชีพพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อให้การพยาบาลที่เป็นเลิศ (nursing excellence) การพยาบาลที่เป็นเลิศได้จะต้องเป็นที่พอใจของผู้ใช้บริการบนพื้นฐานของความเต็มใจของพยาบาล หนทางหนึ่งที่จะทำให้พยาบาลเป็นเลิศได้อยู่ที่การมีจิตสำนึกทางจริยธรรมที่ดีของผู้ให้การพยาบาล จริยธรรมจึงเปรียบเสมือนสิ่งที่ยึดโยงกระตุ้นเตือนมโนธรรมให้พยาบาลมีการประพฤติปฏิบัติทางจริยธรรมที่ดีทั้งทางกาย วาจาและใจ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2549 : 2) ทั้งนี้วิชาชีพการพยาบาลยังเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังจากสังคมสูง ในเรื่องความอดทน เสียสละ มีเมตตา พยาบาลจึงต้องมีการปฏิบัติ การพยาบาลอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม ต้องมีการควบคุมพฤติกรรมได้อย่างดี (อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย, 2545 : 17) พอลจะสรุปได้ว่าจริยธรรมกับวิชาชีพพยาบาลเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันไม่ได้ จริยธรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการประกอบวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติกับมนุษย์ จริยธรรมจึงเป็นสิ่งที่สังคมต้องการและคาดหวังให้ผู้ที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพนี้มีจริยธรรม นอกเหนือจากการมีความรู้ความสามารถ ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพนี้จะต้องดำรงชีวิตด้วยความมีคุณธรรมและจริยธรรม แต่การพัฒนาจริยธรรมเป็นสิ่งจำเป็นแต่ทำได้ยากเพราะอยู่ในลักษณะนามธรรม ต้องใช้ความพยายามอย่างมากกว่าจะบรรลุผล (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, 2547 : 1-2) อย่างไรก็ตามซึ่งนอกจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเปลี่ยนแปลงในวงการสุขภาพ สภาพโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไป การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์สู่ประชาชน ประชาชนมีการศึกษามากขึ้น รวมถึงการออกกฎหมาย

ประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิวลี ศิริไล, 2548 : 116) ค่านิยมและทัศนคติในการดำเนินชีวิตของบุคคล ความคาดหวังของสังคมและประชาชนมีมากขึ้นทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายต่อการใคร่ครวญและตัดสินใจนั้นคือปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลไม่อาจหลีกเลี่ยงและต้องเผชิญทุกขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ (มัญชุภา ว่องวีระ, 2541) นอกจากนั้นความสลับซับซ้อนที่พยาบาลต้องระมัดระวังในด้านการเรียกร้องสิ่งตอบแทนจากผู้ขอรับบริการ การแข่งขันกัน ในระหว่งองค์กร รวมถึงความแตกต่างในฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลได้เสมอ (จินดา ธิระพันธุ์, 2541 : 50)

โดยในปัจจุบันพบว่ามีความเสี่ยงต่ออันตรายจากสังคมต่อพยาบาลในด้านลบมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางจริยธรรมของพยาบาลในประเด็นของการปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการไม่เหมาะสม ขาดความเมตตา และความเอื้ออาทรต่อผู้ใช้บริการ ขาดความยืดหยุ่น ต่อกฎระเบียบข้อบังคับ มุ่งทำงานให้เสร็จโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพและจิตใจของผู้ใช้บริการ ขาดความซื่อสัตย์ ในการปฏิบัติหน้าที่ ขาดการเคารพในความเป็นมนุษย์ของบุคคล ขาดความกระตือรือร้น ขาดความรับผิดชอบต่อตนเองและวิชาชีพ ขาดการปฏิบัติต่อประชาชนอย่างเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชนหรือให้อภิสิทธิ์แก่บุคคลบางกลุ่ม (นที เกื้อกุลกิจการ, 2542 : 76-79 : ฟารีดา อิบราฮิม, 2542 : 306-308 : วริยา ชินวรรณ, 2546 : 162) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลมีหลายประการทั้งทางด้านผู้ให้บริการคือตัวพยาบาลเอง ด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ด้านสังคม ด้านการบริหารงานของหน่วยงานหรือองค์กร ด้านการพัฒนาทางการพยาบาลและการรักษา กล่าวคือ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการคือตัวพยาบาลนั้นพบว่า พยาบาลที่มีพฤติกรรมทางจริยธรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมักเกิดจากการขาดการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม ปัจจัยด้านผู้รับ

บริการหรือผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีอคติต่อวิชาชีพพยาบาล เพราะคาดหวังว่าพยาบาลจะต้องดูแลในลักษณะของผู้รับใช้ ปัจจัยด้านสังคมคือสังคมมักคาดหวังในวิชาชีพพยาบาลไว้สูง จนมีผู้เปรียบพยาบาลเสมือน “นางฟ้า ขูดขาว” เป็นผู้ที่ยึดมั่นต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้การช่วยเหลือปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชนโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนาและสถานภาพของบุคคล แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันผู้รับบริการมีจำนวนมากว่าบุคลากรทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด ความกดดันที่ต้องทำงานแข่งขันทันทีกับเวลา การให้บริการพยาบาลจึงเน้นที่ปริมาณมากกว่าคุณภาพ ปัจจัยด้านการบริหารงานของหน่วยงานหรือองค์กรคือ ทุกโรงพยาบาลหรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขจะเน้นการประกันคุณภาพในการบริการพยาบาลจึงมุ่งเน้นประสิทธิผลของงาน บุคลากรทางการพยาบาลต้องทำงานอย่างหนักใช้เวลาในการเก็บหลักฐานเอกสารบันทึกการทำงานและผลงานต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้เวลาที่ใส่ใจใจให้กำลังใจผู้ป่วยลดลง และปัจจัยด้านการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษา จากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลต้องพัฒนาความรู้จนทำให้เกิดความละเลยต่อการดูแลผู้ป่วย (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2549: 61-63 , จินดา ภิระพันธ์, 2541 : 50-51) และปัจจุบันก็ยังมีเสียงร้องเรียนมากมายเกี่ยวกับจริยธรรมของพยาบาลอยู่ตลอดมา แสดงว่าปัญหาต่างๆ เหล่านี้ยังไม่ได้รับการแก้ไข แก้ไขไม่ได้หรือแก้ไขได้บางส่วน ข้อมูลเหล่านี้เป็นสิ่งที่น่าค้นหาคำตอบอย่างยิ่ง (วริยา ชินวรรณและพาริดา อิบราฮิม, 2546 : 162) จากข้อมูลนี้สภาการพยาบาลได้ชี้แจงเรื่องการประพฤตินิติจริยธรรมของพยาบาลว่า แม้มีเพียงประมาณร้อยละหนึ่ง แต่พยาบาลก็ไม่ควรนิ่งนอนใจควรหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น ซึ่งสภาการพยาบาลได้ดูแลเรื่องนี้โดยกำหนดให้มีการริเริ่มให้มีการต่ออายุ

ใบประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี (สภาการพยาบาล, 2545) จากข้อมูลนี้สรุปได้ว่าพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพกำลังเป็นประเด็นสำคัญ ทั้งในมุมมองของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย และมุมมองของตัวพยาบาลวิชาชีพเอง และสังคม ว่าภายใต้สถานการณ์ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลได้ถูกแก้ไขให้ทุเลลงหรือไม่ หรือเพิ่มเติมมากขึ้นด้วยเหตุผลใด จึงเป็นที่น่าสนใจว่าปัจจุบันผู้ป่วยมีความคิดเห็นอย่างไรกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ และตัวพยาบาลวิชาชีพเองเห็นว่าสิ่งที่ประพฤตินิติปฏิบัติการพยาบาลอยู่นั้นเป็นอย่างไร อะไรคือเหตุผลที่สอดคล้องและแตกต่างกันของประเด็นดังกล่าว เพื่อนำผลการวิจัยไปสร้างความรู้ความเข้าใจและข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในทีมสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะส่งผลถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของในประเทศให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมและเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามปัจจัยภูมิหลังทางสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามปัจจัยภูมิหลังทางสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ ด้านบรรยากาศองค์กรกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพตามความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ระหว่างเดือนมิถุนายน 2549 - กรกฎาคม 2551 รวมทั้งสิ้น 2 ปี

1. **กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพโดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยไม่คำนึงถึงสัดส่วนจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 400 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐพื้นที่สาธารณสุขเขต 4 จำนวน 400 คน และสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน ผู้ป่วยซึ่งเคยเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และออกจากโรงพยาบาล ไม่เกิน 2 เดือน จำนวน 20 คน

2. **เครื่องมือ** แบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

### ชุดที่ 1 กลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย

#### 1.1 แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีลักษณะ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ (check list) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพมีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด (close-ended questions) เป็นการถามความคิดเห็นเกี่ยวกับจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 ด้านได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อประชาชน ด้านการประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพ ด้านหลักความยุติธรรม และความเสมอภาค ด้านการประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ ด้านการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิต ด้านความรับผิดชอบต่อในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ ด้านการร่วมทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพ และด้านความรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น โดยใช้มาตราวัดแบบมาตราไลเกิร์ต (Likert Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวนรวม 30 ข้อ และ

แบ่งคะแนนออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ คะแนนระหว่าง 1.00 - 1.80 1.81 - 2.60 2.61 - 3.40 3.41 - 4.20 และ 4.21 - 5.00 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นแบบ สอบถามซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิด (open-ended questions)

1.2 **แบบสัมภาษณ์** ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล

### ชุดที่ 2 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

#### 2.1 แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามภูมิหลังทางสังคมเศรษฐกิจ มีลักษณะเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ (check list) และเป็นคำถามชนิดปลายเปิดโดยให้เติมข้อความลงในช่องว่าง มีจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส และประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลซึ่งมีข้อคำถามและรายละเอียดเช่นเดียวกับชุดแบบสอบถามของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อวิชาชีพ จำนวนรวม 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามบรรยากาศองค์การ จำนวนรวม 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิด (open-ended questions)

2.2 **แบบสัมภาษณ์** ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ (try out) และตรวจสอบ ความเชื่อมั่น (reliability) กับพยาบาลวิชาชีพ

และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก จำนวนทั้งสิ้น 100 ชุด แบ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 50 ชุด และผู้ป่วยจำนวน 50 ชุด และใช้วิธีของ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงชุดของพยาบาล เท่ากับ 0.9162 หรือ 91.62 % และชุดของผู้ป่วย เท่ากับ 0.8644 หรือ 86.44 % ซึ่งถือเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard

deviation) และสถิติ เิงอนุมาน ได้แก่ one-way ANOVA และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-40 ปี จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากสิทธิประกันสุขภาพ(บัตรทอง) สำหรับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 30-40 ปี สมรสแล้ว และมีประสบการณ์การทำงาน 10 ปี ขึ้นไป

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ตามความคิดเห็นของผู้ป่วย ภาพรวมและรายด้าน

พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านการประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา	4.35	0.35	มากที่สุด
2. ด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ	4.11	0.58	มาก
3. ด้านการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิต	4.01	0.54	มาก
4. ด้านการประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ	3.85	0.65	มาก
5. ด้านความรับผิดชอบต่อประชาชน	3.80	0.49	มาก
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพ	3.60	0.64	มาก
7. ด้านการร่วมทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพ	3.40	0.47	ปานกลาง
8. ด้านหลักความยุติธรรมและความเสมอภาค	2.95	0.47	ปานกลาง
9. ด้านความรับผิดชอบต่อตัวพยาบาลเอง เช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น	2.90	0.52	ปานกลาง
<b>ภาพรวม</b>	<b>3.66</b>	<b>0.58</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีความเห็น ต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพใน ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.66$ ) และเมื่อพิจารณาใน องค์ประกอบใน 3 อันดับแรกพบว่าพยาบาลแสดงพฤติกรรม

มากที่สุดในด้านการประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา ( $\bar{X} = 4.35$ ) รองลงมาได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ ( $\bar{X} = 4.11$ ) ด้าน การป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิต ( $\bar{X} = 4.01$ )

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ภาพรวม และรายด้าน

พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านความรับผิดชอบต่อประชาชน	4.22	0.50	มากที่สุด
2. ด้านหลักความยุติธรรมและความเสมอภาค	3.39	0.70	ปานกลาง
3. ด้านการประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ	3.77	0.64	มาก
4. ด้านความรับผิดชอบต่อในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ	3.68	0.64	มาก
5. ด้านการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิต	3.42	0.58	มาก
6. ด้านการประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา	3.00	0.56	ปานกลาง
7. ด้านการร่วมทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพ	2.80	0.55	ปานกลาง
8. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับความรับผิดชอบต่อผู้อื่น	2.64	0.57	ปานกลาง
9. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพ	2.57	0.59	น้อย
<b>ภาพรวม</b>	<b>3.32</b>	<b>0.56</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มพยาบาล เห็นว่าตนเอง มีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.32$ ) และเมื่อพิจารณาใน องค์ประกอบแต่ละด้าน 3 อันดับแรกพบว่า พยาบาลแสดง

พฤติกรรมมากที่สุดในด้านความรับผิดชอบต่อประชาชน ( $\bar{X} = 4.22$ ) รองลงมาได้แก่ ด้านการประกอบวิชาชีพโดย มุ่งความเป็นเลิศ ( $\bar{X} = 3.77$ ) และด้านความรับผิดชอบต่อ ในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ ( $\bar{X} = 3.68$ )

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามเพศ

เพศ	$\bar{X}$	S.D.	t	sig. t
ชาย	111.03	3.34	0.279	0.780
หญิง	111.13	3.56		

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็น ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามเพศ พบว่า ค่า sig.t (0.780) มีค่ามากกว่า

ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีเพศ ต่างกันมีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของ พยาบาลไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 4** ผลความแปรปรวนระหว่างปัจจัยด้านภูมิหลังของผู้ป่วยกับความคิดเห็นที่มีต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df.	SS	MS	F.	sig.F
<b>อายุ</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	3	16.07	5.36	0.437	0.727
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	396	4856.71	12.26		
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	3	28.09	14.04	1.151	0.317
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	396	4844.70	12.20		
<b>อาชีพ</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	3	159.05	26.50	0.210	0.410
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	396	431.78	11.99		
<b>รายได้</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	3	16.38	5.46	0.445	0.721
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	396	4856.41	12.26		
<b>สิทธิในการรักษาของผู้ป่วย</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	3	2.73	0.93	1.075	0.359
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	396	336.15	0.84		

จากตารางที่ 4 พบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยภูมิหลังทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิในการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิในการรักษาต่างกันมีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกัน ขณะที่ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความคิดเห็นต่อ

พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในด้านการร่วมทำความเจริญใจให้แก่วิชาชีพและด้านความรับผิดชอบต่อตัวพยาบาลเองเช่นเดียวกับ รับผิดชอบต่อผู้อื่นแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี มีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพด้านการร่วมทำความเจริญใจให้แก่วิชาชีพมากกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 30 - 50 ปี ขณะที่ ผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 50 ปี มีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพด้านความรับผิดชอบต่อตัวพยาบาลเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่นมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วย กับพยาบาล ต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

การรับรู้	X	S.D.	t	df.	sig.t
ผู้ป่วย	3.66	0.58	36.081	399	0.041
พยาบาล	3.32	0.56			

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยกับพยาบาล

มีการรับรู้ต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์การ กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปร	B	Beta	t.	sig.t
1. โครงสร้างขององค์การ	-0.23	0.05	1.39	0.172
2. การให้รางวัล	-0.24	0.71	1.60	0.110
3. การสนับสนุน	-0.2	0.08	1.77	0.078
4. ความขัดแย้ง	-0.48	-0.12	2.81	0.005*
<b>ภาพรวม</b>	<b>1.32</b>	<b>0.86</b>	<b>0.12</b>	<b>0.000*</b>
Constant	42.76			
Adj R 2	0.539			
F	94.268			
sig F	0.000			

จากตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์การรับรู้บรรยากาศองค์การของพยาบาลกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ค่า sig.t ของตัวแปรทำนายได้แก่ ในภาพรวม และด้านความขัดแย้ง มีค่าน้อยกว่าค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการรับรู้บรรยากาศองค์การในภาพรวม และด้านความขัดแย้งมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพของพยาบาล โดยเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ถดถอยของคะแนนดิบ(B) ปรากฏว่า ในภาพรวมมีค่าเป็นบวก (1.32) แสดงว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันขณะที่ด้านความขัดแย้งมีค่าสัมพันธ์ถดถอยของคะแนนดิบเป็นลบ (-0.48) แสดงว่า ความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่ค้นพบมีประเด็นที่น่าสนใจและมีคุณค่าต่อการพัฒนาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล กล่าวคือพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในทัศนะของผู้ป่วยด้านความรับผิดชอบต่อตนเองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ และอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้ พยาบาลเอาใจใส่ดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง เพื่อการปฏิบัติกรพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลมุ่งแสวงหาความรู้เพื่อให้สามารถตอบคำถามผู้ป่วยอย่างชัดเจน ถูกต้อง และทันสมัย พยาบาลแต่งกายสะอาดเรียบร้อย และกระฉับกระเฉงในการปฏิบัติงาน สำหรับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในทัศนะของพยาบาลด้านการปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ และอยู่ในระดับน้อย ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน คือ พยาบาลชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลแผนการรักษาพยาบาล ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมรับการรักษา พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการรักษาตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม โดยไม่ขัดกับการรักษาพยาบาล และไม่รบกวนผู้อื่น พยาบาลนำประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยมาอภิปรายในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลโดยมีการปกปิดชื่อ

นอกจากนั้นพฤติกรรมเชิงจริยธรรม ของพยาบาลวิชาชีพด้านการร่วมทำความเจริญให้แก่วิชาชีพ มีข้อค้นพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มีความเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรม ของพยาบาลวิชาชีพด้านการร่วมทำความเจริญให้แก่วิชาชีพ มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมประกอบด้วย พยาบาลร่วมปกป้อง เมื่อพบว่า มีผู้ร่วมวิชาชีพกระทำการใดได้อันอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียของวิชาชีพ พยาบาลให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลหรือการดูแลสุขภาพอนามัยและผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และผู้ประกอบวิชาชีพด้วยความจริงใจและถูกต้อง พยาบาลมุ่งทำการวิเคราะห์วิจัย เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ร่วม ส่ง

เสริมการปฏิบัติงาน และการดูแลสุขภาพของประชาชน สำหรับด้านพยาบาลวิชาชีพด้านความรับผิดชอบต่อตนเองพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก มีความเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพด้านความรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมประกอบด้วย พยาบาลเอาใจใส่ดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ แข็งแรง เพื่อการปฏิบัติกรพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลมุ่งแสวงหาความรู้เพื่อให้สามารถตอบคำถามผู้ป่วยอย่างชัดเจน ถูกต้อง และทันสมัย พยาบาลแต่งกายสะอาด เรียบร้อย และกระฉับกระเฉงในการปฏิบัติงาน

ในส่วนของบรรยากาศองค์กรที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านการให้รางวัล บ่งบอกถึงภารกิจของพยาบาลวิชาชีพไม่เหมาะสมกับรางวัลที่ได้เช่น พยาบาลที่ปฏิบัติงานดีจะได้รับพิจารณาเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ยอมรับผลการพิจารณาความดีความชอบในการปฏิบัติงาน และพยาบาลมักได้รับคำชมเชย และกำลังใจจากผู้บริหารการพยาบาลมากกว่าตำหนิ และลงโทษ

จึงขอเสนอให้พยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อตัวพยาบาลเองเช่นเดียวกับความรับผิดชอบต่อผู้อื่น เช่น การแสวงหาความรู้เพิ่มเติมทั้งจากในระบบและนอกระบบการศึกษาจากนั้นหน่วยงานกำกับดูแลจริยธรรมพยาบาล ควรส่งเสริมจริยธรรมพยาบาลในด้าน การมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพ ด้านความรับผิดชอบต่อตัวพยาบาลเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น ด้านการร่วมทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพ ด้านการประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา ด้านหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคให้มากกว่า จรรยาบรรณวิชาชีพด้านอื่น ๆ รวมถึงองค์การทางการแพทย์ ควรสร้างบรรยากาศองค์กรให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมจริยธรรมแก่พยาบาล โดยเฉพาะการลดความขัดแย้งในองค์กรการให้รางวัลอย่างยุติธรรมและเหมาะสมกับภารกิจ



## เอกสารอ้างอิง

- จินดา ธีระพันธ์. (2541). **จริยธรรมกับวิชาชีพพยาบาล**. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช. เสนอต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- นิริวดี จรรยาสุภาพ. (2549). **พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายรวมใจสามฝืน จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ**. (2534). ม.ป.ท.
- มัณฑุภา ว่องวีระ. (2540). **จริยธรรมกับพยาบาล**. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วริยา ชินวรรณโน. (2541). **จริยธรรมในวิชาชีพ**. กรุงเทพฯ : โครงการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สิวลี ศิริไล. (2548). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2546). **จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปีพุทธศักราช 2546**. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภาการพยาบาล. (2541). **กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์**. นนทบุรี : เดอะเบสท์กราฟฟิค แอนด์ ปริ้นท์.
- อุบลรัตน์ โพธิพัฒน์ชัย. (2545). **จริยศาสตร์สำหรับการพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : บริษัทประชุมช่าง จำกัด.
- Burkhardt, M.A. and Nathaniel, A.K. (2002). **Ethics & Issues in contemporary nursing**. (2<sup>nd</sup> ed.). Columbia : Delmar.
- Chitty, K.K. (2001). **Professional nursing : Concepts & Challenges** (3<sup>rd</sup> ed). Philadelphia : W.B.Saunders Company.
- Dodd, S.J., Jansson, B.S., Brown-Saltzman, K., Shirk, M., and Wunch, K. (2003). "Expanding nurses' participation in ethic : An empirical examination of ethical activism and ethical assertiveness," **Nursing Ethic**. Vol.1 (No.1). pp.15-27.
- Ellis, J.R. and Hartley, C.L. (2004). **Nursing in today's world** (8th ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Gordon J.R. (1990). **Management and Organizational Behavior**. Boston : Allyn and Bacon.
- Lee, W.H., Pope, M., Han, S.S. & Yang, S.O. (2002). "Korean nurses perceptions of ethical problems : Toward a new code of ethics for nursing [Electronic version]," in **Nursing and Health Sciences**. Vol.2 : pp.217-224.
- Little, C.B. (2003). **Nursing Leadership & Management**. In Kelly-Heidenthal P (Ed.), *Ethical dimensions of patient care*. Canada : Delmar Learning : pp.464-479

## รายงานการวิจัย

### การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดปวด ในผู้ป่วยมะเร็ง

อุบล จ้วงพานิช\*  
จรีพร อุ่ณบุญเรือง\*\*  
จันทราพร ลุนลุด\*\*\*

Juangpanich, U., Onbunreang, J., Lunlud, J.

Research Utilization Project : Using Evidence-Based for Development of Clinical Nursing Practice

Guideline of music therapy for pain relief in cancer patient

TJN : (2008) : (3-4) : 13-22

Keywords : Evidence based practice, Clinical nursing practice guide line, Music therapy, Cancer pain in cancer patients

#### บทคัดย่อ

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นอาการที่พบบ่อยมาก มีสาเหตุเกิดจากโรค และการรักษาดนตรีบำบัดสามารถลดอาการปวด และลดการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยการสืบค้นแหล่งข้อมูลงานวิจัยที่ได้นำมาประเมินคุณภาพ มีจำนวน 6 เรื่อง ระดับ A จำนวน 4 เรื่อง ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า ดนตรีบำบัดสามารถ ลดปวดและความทุกข์ทรมานได้ ดนตรีบำบัดที่ใช้ส่วนมาก

เป็นเพลงคลาสสิก เสียงธรรมชาติ และเพลงตามที่ผู้ป่วยชอบ ความยาวประมาณ 30-40 นาที ให้ฟังจากเครื่องเล่นเทป ตลับเทปดนตรี และฟังดนตรีโดยใช้หูฟัง หลังจากวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยแล้วนำมาเรียบเรียงเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ได้นำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด พบว่าดนตรีบำบัดสามารถลดปวดได้ สรุปว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกได้

\* ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ : โรคมะเร็ง งานบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* พยาบาลวิชาชีพ งานบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### Abstract

Cancer pain, which can be caused by the disease itself or by treatments, is common in people with cancer. Music therapy could be a useful adjunct to decrease cancer pain and the need for analgesic. The purposes of this study were to developed clinical practice guide line. The search for this study, 6 relevant research studies was selected for the study. They were evaluated based on the criteria in evaluating research reports. Of these research studies, 4 were classified as level A; and 2 were classified as level B. The studies found that the patients who listened to music therapy decreased pain scores and distress. Music therapy, such as classical music, sounds of natural music and preferred music were listened to 30 to 40 minutes. Patient listened to the CD through a portable CD player and head phones. The researches studied were developed to clinical nursing practice guidelines for using music therapy for pain relief. Then, the clinical nursing practice guide line was used with the cancer patients who had cancer pain; found that music therapy can decrease pain. This result suggested that the clinical nursing practice guide line for using music therapy for pain relief can guide nurses to practice with standard of care

### ความสำคัญของปัญหา และคำถามการวิจัย

ปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมากและ  
 ความปวดที่รุนแรงที่สุดคือ ความปวด พบร้อยละ 30-50 จาก  
 การรักษา และร้อยละ 90 พบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
 สุดท้าย (Na Cholburi, Hanucharurnkul, & Waikakul, 2004)  
 ซึ่งมักเป็นความปวดที่รุนแรงเรื้อรัง ซึ่งความปวดในผู้ป่วย  
 มะเร็งมีผลต่อร่างกาย ทำให้อ่อนไม่หลับ เบื่ออาหาร  
 และมีผลต่อการดำเนินชีวิต ผลต่อจิตใจ ทำให้วิตกกังวล  
 แยกตัวออกจากสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น การลดปวด  
 มีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ผู้ป่วยที่มีความปวดร้อยละ 90  
 เลือกใช้การลดปวดโดยไม่ใช้ยา (Mantyh, 2006) จากการ  
 ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การใช้ดนตรีเป็นการ  
 บำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถลดอาการ  
 ปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด  
 และสามารถลดการใช้ยาลดปวดได้ (Beck, 1991;  
 Zimmerman et al, 1989; Na Cholburi, Hanucharurnkul, &  
 Waikakul, 2004) สำหรับในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ยังไม่มี  
 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดปวดโดยใช้ดนตรีบำบัด  
 จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดปวดใน

ผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจาก  
 ความปวดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

### วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้  
 ดนตรีบำบัดเพื่อลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

### วรรณกรรมและกรอบแนวคิด

1.1 ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นความรู้สึก  
 และการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบาย  
 ที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ  
 อารมณ์ และสังคม เป็นสัญญาณเตือนถึงอันตราย  
 ที่เกิดขึ้นในร่างกายซึ่งความเจ็บปวดใดที่ผู้ป่วยบอกว่าปวด  
 ก็จะมีปวดอยู่ตรงเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี (McCaffery,  
 1990) สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เกิดจากการ  
 กระจายของเซลล์มะเร็งโดยตรงไปยังอวัยวะต่างๆ ของ  
 ร่างกาย เกิดจากการรักษา เช่น การผ่าตัด การให้ยา  
 เคมีบำบัด การฉายรังสี และการเปลี่ยนแปลงร่างกาย

จากความเจ็บป่วย เช่น ภาวะอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ (พงศภารดี เจาฑะเกษตริณ และคณะ, 2547) การประเมินความปวด มีแบบประเมินหลายชนิด แต่เครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในคลินิก และใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย เช่น มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale : NRS) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale : VAS) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Beck, 1991; Na Cholburi, Hanucharunkul, & Waikakul, 2004)

1.2 การนำดนตรีบำบัดมาใช้ในการลดปวด พยาบาลสามารถนำดนตรีไปใช้อย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดความปวด ลดความวิตกกังวล และอื่นๆ และเป็นบทบาทอิสระ ดนตรีบำบัดเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ลักษณะของดนตรีที่ใช้ เป็นเพลงบรรเลงไม่มีเนื้อร้อง เช่น ดนตรีประเภทผ่อนคลาย (Relaxing music) คลาสสิก (Classic) เนื่องจากเพลงบรรเลง จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายอารมณ์ให้ คล้อยตามมากกว่ามุ่งสนใจเนื้อหาของเพลง ระดับของเสียง (Pitch) อยู่ในระดับปานกลาง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย จังหวะ (Tempo) และลีลา (Rhythm) ของดนตรี ช้าสม่ำเสมอ ประมาณ 60-72 เมโทรโนม เท่ากับอัตราเต้นของหัวใจมนุษย์ เป็นจังหวะที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ และผ่อนคลาย การประสานเสียง (Harmony) และทำนอง (Melody) ที่ผสมผสานสอดคล้องสัมพันธ์กับทำนองเพลง สามารถใช้ในการบำบัดช่วยลดความวิตกกังวล และลดปวดได้ ความดังเสียงเพลง (Volume) ที่เบา นุ่ม จะทำให้เกิดความสงบสุขและสบายใจได้ (Berger & Schneck, 2003) ระยะเวลาที่เหมาะสมในการรับฟังดนตรีก็เป็นส่วนสำคัญ ควรฟังวันละ 2 ครั้งๆ ละ ประมาณ 20-40 นาที จะได้ผลดี (Beck, 1991; Zimmerman et al, 1989; Na Cholburi, Hanucharunkul, & Waikakul, 2004) ดนตรีบำบัดสามารถลดปวดได้เนื่องจากเสียงของดนตรี

จะส่งผ่านเข้าไปกระตุ้นกลไกควบคุมความเจ็บปวด ภายใน และลดสัญญาณการรับรู้ความเจ็บปวด ปรับอารมณ์ด้านบวก มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน และองค์ประกอบของเสียงดนตรี มีผลต่อการรับรู้ความปวด โดยผ่านทางตัวรับความปวด (Sensory stimuli) เกิดการนำสัญญาณประสาทผ่านไปตามวิถีประสาทรับการกระตุ้น (Nociceptive pathway) เข้าสู่สมองเพื่อการแปลผล จะช่วยให้ลดความปวดได้ (Beck, 1991)

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์ความรู้ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย การสืบค้นแหล่งข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยให้ได้องค์ความรู้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้:-

1.1 การสืบค้นแหล่งข้อมูล ได้สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ ดนตรีบำบัด (music therapy) และความปวดจากมะเร็ง (cancer pain) คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว ด้วยการอ่านบทคัดย่อ และนำชื่อเรื่องงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคันทางานวิจัยฉบับเต็ม (Full Text) จากวารสาร การสืบค้นทางอินเทอร์เน็ตมีทั้งหมด 615,000 รายการ ได้งานวิจัยจำนวนมากแต่ไม่มีงานวิจัยฉบับเต็ม รวมงานวิจัยที่ค้นได้ จำนวนทั้งสิ้น 6 เรื่อง

1.2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย หลังจากสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว จึงนำงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง มาศึกษาวิเคราะห์อย่างละเอียด ตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย และการพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยงาน สรุปได้ดังตาราง:-

ผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์/ การนำผลไปใช้
วัลลภา สังข์โสภณ (2536)	<b>การออกแบบวิจัย</b> Quasi - experimental Crossover design <b>ระดับ B</b> <b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อศึกษาผลของ ดนตรีต่อความ เจ็บปวด และ ความ ทุกข์ทรมาน ใน ผู้ป่วยมะเร็ง	<b>กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาและ บรรเทาอาการจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลศิริราช <b>วิธีวิจัย</b> สุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน เป็นทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม ให้ฟังดนตรี วันละ 30 นาที เป็นดนตรีบรรเลงที่สงบ เพลง ไทยอมตะ ที่เรียบเรียงใหม่ ตามสมัยนิยม รวม 7 เพลง คือ สวนอัมพร ลมหนาว สนามหลวง เมื่อวานนี้ ลาวกระแตเล็ก ทยอยญวน ลาวดวงเดือน	ช่วงที่ได้ฟังดนตรี ผู้ป่วยมีความปวด และความทุกข์ ทรมานน้อยกว่า ไม่ได้ฟังดนตรี อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ	สามารถนำผลการวิจัย มาใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเช่น เดียวกัน
Beck (1991)	<b>การออกแบบวิจัย</b> RCT Crossover design <b>ระดับ A</b> <b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อศึกษาผลของ ดนตรีต่อการลด ความปวด ในผู้ป่วย มะเร็ง	<b>กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยมะเร็ง <b>วิธีวิจัย</b> สุ่มเป็น 2 กลุ่ม เป็นทั้งกลุ่ม ทดลอง 15 คน และควบคุม 14 คน ให้ฟังดนตรี วันละ 2 ครั้งๆ ละ 45 นาที รวม 3 วัน ใช้ดนตรี 7 ชนิด ให้ผู้ป่วย เลือกตามชอบ ได้แก่ เพลง classic, Jazz, folk, country western, easy listening, new age	ดนตรีช่วยลด ความปวดได้ แต่ไม่มีความ แตกต่างกันด้าน อารมณ์	สามารถนำผลการวิจัย มาใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเช่น เดียวกัน

ผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์/ การนำผลไปใช้
จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี และคณะ (2546)	<b>การออกแบบวิจัย</b> RCT Crossover design <b>ระดับ A</b> <b>วัตถุประสงค์</b> ศึกษาผลของ ดนตรีบำบัด ต่อ ความวิตกกังวล และความปวดใน ผู้ป่วยมะเร็ง	<b>กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยมะเร็ง <b>วิธีวิจัย</b> สุ่มเป็น 2 กลุ่ม เป็นทั้งกลุ่ม ทดลอง 15 คน และควบคุม 15 คน ให้ฟังดนตรี วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที รวม 3 วัน ดนตรีที่ใช้ 1) Sound of the sea by Michael Maxell 2) Sound of song bird by John Herberman 3) Sound of stream by Michael Maxell 4) Sound of wind by Eclipse music group	ดนตรีช่วยลด ความวิตกกังวล และลดปวดได้ ในบางเวลา	สามารถนำผลการวิจัย มาใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็ง เช่น เดียวกัน
นาถฤดี พรหมเกศว (2545)	<b>การออกแบบวิจัย</b> กึ่งทดลองแบบ One group Pre-Post test design <b>ระดับ B</b> <b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อศึกษาผล ของดนตรีต่อความ เจ็บปวดในผู้ป่วย สูงอายุโรคมะเร็ง	<b>กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับ ปานกลางที่รพ.มหาราชเชียงใหม่ <b>วิธีวิจัย</b> ศึกษาใน จำนวน 15 ราย ให้ฟัง ดนตรีบำบัด บรรเลง 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง ดนตรีที่ใช้ เพลงพื้นเมืองเชียงใหม่ (Shoot- ing music) เพลงน้อยใจยา ล่อง แม่ปิง บันผ่าย กุหลาบเชียงใหม่ ฤกษ์หลังถ้ำอ้อมหม่ม จังหะ เพลง 60-80 ครั้ง/นาที	กลุ่มทดลอง มี คะแนนความปวด ลดลงหลังฟัง ดนตรีมากกว่า กลุ่มควบคุม	สามารถนำผลการวิจัย มาใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเช่น เดียวกัน

ผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	การวิเคราะห์และสังเคราะห์/ การนำผลไปใช้
Kwekkeboom, (2003)	<b>การออกแบบวิจัย</b> RCT Experimental design <b>ระดับ A</b> <b>วัตถุประสงค์</b> ศึกษาผลของดนตรี บำบัด เปรียบเทียบ กับการเบี่ยงเบน ความสนใจเพื่อลด ปวด และลดวิตก กังวลในผู้ป่วยมะเร็ง	<b>กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 60 คน <b>วิธีวิจัย</b> สุ่มเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มฟังดนตรี 20 คน และกลุ่มเบี่ยงเบนความ สนใจ 20 คน และควบคุม 20 คน ให้ฟังดนตรี ก่อนแพทย์จะ ทำการตัดชิ้นเนื้อผู้ป่วยไปตรวจ 5-15 นาที ดนตรีที่ใช้ ให้ผู้ป่วยเลือกเพลงที่ชอบ เช่น pop, rock, easy listening, clas- sical, religious hymns, jazz, blues, country music เป็นต้น	ไม่มีความแตก ต่างระหว่างกลุ่ม ที่ได้ฟังดนตรี และกลุ่มที่ได้รับ การเบี่ยงเบน ความสนใจ	สามารถนำผลการวิจัย มาใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเช่น เดียวกัน
Zimmerman et al (1989)	<b>การออกแบบวิจัย</b> แบบทดลอง <b>ระดับ A</b> <b>วัตถุประสงค์</b> ศึกษาผลของดนตรี ต่อความเจ็บปวด ในผู้ป่วยที่มีความ ปวดเรื้อรัง	<b>กลุ่มตัวอย่าง</b> ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด เรื้อรังจำนวน 40 คน <b>วิธีวิจัย</b> สุ่มเป็น 2 กลุ่ม เป็นทั้งกลุ่ม ทดลอง 20 คนให้ฟังดนตรี ที่ชอบ 30 นาที และควบคุม 20 คน ให้ผ่อนคลายด้วยตนเอง	กลุ่มทดลองมี คะแนนความปวด ลดลงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ กลุ่มทดลองอัตรา เต้นของหัวใจ เป็นจังหวะสม่ำเสมอ สอดคล้อง กับจังหวะความ เร็วของดนตรี ประมาณ 48 ครั้ง ต่อนาที ทำให้ ผ่อนคลายและ นอนหลับได้ดี	สามารถนำผลการวิจัย มาใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเช่น เดียวกัน

เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (วิชญ์ ธรรมลิขิต, 2544)

**ระดับ A (Level A)** หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย (meta-analysis) จากงานวิจัยที่ออกแบบการวิจัยแบบการสุ่มแบบควบคุม (randomized controlled trials: RCT) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ออกแบบการวิจัยแบบการสุ่มแบบควบคุม

**ระดับ B (Level B)** หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย (meta-analysis) จากงานวิจัยที่ออกแบบการวิจัยแบบการสุ่มแบบควบคุม (randomized controlled trials: RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรืองานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

**ระดับ C (Level C)** หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาค่าความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย

**ระดับ D (Level D)** หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ หรือการมีความเห็นร่วมกัน (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

งานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง พบว่า อยู่ในระดับ A มี 4 เรื่อง ระดับ B มี 2 เรื่อง แล้วนำมาพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยงาน จากผลการศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีมีความปวด และความทุกข์ทรมานน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดนตรีที่ใช้ส่วนมากเป็นดนตรีบรรเลงที่สงบเป็นเพลงไทยอมตะและเพลงสากลประเภท เพลงคลาสสิก แจส และ ดนตรีพื้นเมือง นอกจากนี้ยังมีเสียงทะเล เสียงนก เสียงไอน้ำ และเสียงลม เป็นต้น หรือเพลงตามที่คุณป่วยชอบ โดยให้ฟังจากเครื่องเล่นเทป และ ดับเบิลได้นัดดนตรีความยาวประมาณ 30 นาที ผู้เขียนได้นำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลดปวดได้

1.3 ขั้นตอนการจัดทำดนตรีบำบัด เพื่อลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

1.3.1 จัดทำซีดีดนตรีบำบัด โดยการคัดเลือกดนตรีที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยทดลองฟังดนตรีบรรเลงที่สงบ เป็นเพลงไทยอมตะหรือดนตรีสากลที่ผ่อนคลาย คลาสสิก ที่มีจังหวะเพลง 60-80 ครั้งต่อนาที ประมาณเท่ากับการเต้นของหัวใจ แล้วให้ผู้ป่วยเลือกเพลงเป็นดนตรีบรรเลง หลังจากนั้นจึงนำมาคัดเลือกได้ทั้งหมด 2 ชุดๆ ละ 4 เพลง ชุดที่ 1 : เพลงลาวดวงเดือน ลาวเจริญศรี ลาวกระทบไม้ เขมรไทรโยค และ ชุดที่ 2 : คลาสสิก ลาร์โก (Classic Largo), แอนแดนที แคนตาบิล (Andante Cantabile) เพลงลาวดวงเดือน และเขมรไทรโยค แล้วนำมาตัดต่อและบันทึกลงในซีดี โดยบันทึกเสียงที่ห้องบันทึกเสียงของเวชนิทัศน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความยาว 30 นาที จากนั้นได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของจังหวะดนตรี และความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ทางปฏิบัติ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย และแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกว่า ดนตรีที่ให้ฟังรู้สึกผ่อนคลาย และสามารถลดความปวดได้

1.4 แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

1.4.1 ระยะเวลาฟังดนตรี สร้างสัมพันธภาพ สอบถามความต้องการในการฟังดนตรี บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการฟังดนตรีบำบัดให้ผู้ป่วยเลือกเวลาที่ต้องการฟังดนตรี ประเมินความปวดและประวัติการใช้ยาแก้ปวด จากนั้นจึงแนะนำขั้นตอนการฟังดนตรีก่อนฟังดนตรีแนะนำให้ผู้ป่วยทำธุระส่วนตัวให้เรียบร้อย

1.4.2 ระยะเวลาดำเนินการ จัดสถานที่ให้เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน กั้นม่าน จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบายและผ่อนคลาย ควรเริ่มฟังดนตรีเมื่อความปวดระดับปานกลาง ให้ฟัง 30 นาที วันละ 1 ครั้ง จำนวน 3 วัน โดยใช้หูฟัง ขณะฟังดนตรีแนะนำให้ผู้ป่วย



ทำจิตใจให้สบาย หลับตา หายใจลึกๆ ตั้งใจฟังให้จิตใจจดจ่อกับเสียงดนตรี เมื่อฟังดนตรีจบ ให้นอนหลับตา สักพักประมาณ 5 นาที

1.4.3 ระยะเวลาสิ้นสุด ประเมินความปวด หลังฟังดนตรี 5 นาที โดยใช้มาตรวัดความปวดด้วย สายตา (VAS) คะแนน 1-10

1.5 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผล ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติ การพยาบาลที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด ในปี พ.ศ. 2548 จำนวน 10 คน ผลการประเมิน พบว่าระดับความปวด หลังฟังดนตรีบำบัดน้อยกว่าก่อนฟังดนตรีบำบัด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังฟังดนตรีบำบัด จำนวน 3 ครั้ง

ตัวแปร	ครั้งที่ 1				ครั้งที่ 2				ครั้งที่ 3			
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
ดนตรีบำบัด	4.9	1.52	3.5	2.16	4	2.45	3.5	2.11	3	1.42	1.7	1.7

### การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากการประเมินโครงการ ผู้ป่วยเสนอแนะว่าอยากฟังดนตรีที่คุ้นเคย โดยเฉพาะดนตรีพื้นเมือง ดังนั้นในปี พ.ศ.2549 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยความร่วมมือกับหอผู้ป่วยเคมีบำบัด 5๑ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงจัดทำโครงการการใช้ดนตรีเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ได้พัฒนาดนตรีบำบัดมาใช้ โดยจัดทำดนตรีพื้นเมืองอีสาน ซึ่งเป็นเพลงโปงลาง จำนวน 7 เพลง ประกอบด้วยเพลงแม่ฮ้าง กล่อมลูกแมงกูดอมดอก สาวคอย้าย ลมพัดพร้าว ลมพัดไผ่ ข้างตอมลม แมงกูดอมดอก ความยาว 31.40 นาที ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญวิชาดนตรีไทย (ลดาวลัย ศรีสุวรรณ และคณะ, 2549)

1.1 การนำไปใช้กับผู้ป่วย ใน ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2550 หอผู้ป่วยเคมีบำบัดได้นำแนวปฏิบัติไปใช้

กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด จำนวน 40 คน โดยใช้ดนตรีบำบัดทั้งหมด 3 ชุด

### 1.2 ผลการศึกษา พบว่า

1.2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.5 อายุเฉลี่ย 47.33 ปี การวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 15 รองลงมาเป็น มะเร็งช่องทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งปอด ร้อยละ 10 ตำแหน่งที่ปวด ส่วนใหญ่จะปวดบริเวณขา ร้อยละ 15 รองลงมาปวดหลัง ปวดชายโครงและปวดที่ท้อง ร้อยละ 10, 7.5 และ 7.5 ตามลำดับ ลักษณะการปวด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปวดตลอดเวลา ร้อยละ 57.25 และปวดเป็นบางครั้ง ร้อยละ 42.5 ยาแก้ปวดที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้ยา มอร์ฟีน ร้อยละ 27.5 รองลงมาเป็นทราโมล (Tramol) และ พาราเซตามอล(Paracetamol) ร้อยละ 25 และ 17.5 ตามลำดับ

1.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวด ก่อนและหลังฟังดนตรีบำบัด โดยใช้ Paired t-test ผลการศึกษา พบว่า ก่อนฟังดนตรี ค่าเฉลี่ยความปวด 4.95 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.97 หลัง

ฟังดนตรี พบว่า ค่าเฉลี่ยความปวด 2.33 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.85 และค่าเฉลี่ยความปวดหลังฟังดนตรีบำบัด ลดลงมากกว่าก่อนฟังดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวด ก่อนและหลังฟังดนตรีบำบัด (n=40)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ความปวด	4.95	1.97	2.33	1.85	-10.85*

\*  $p < 0.05$

1.3 **อภิปรายผล สรุปและการนำไปใช้** ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีบำบัด มีคะแนนความปวดลดลงก่อนฟังดนตรีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (ตารางที่2) เนื่องจากเสียงของดนตรีที่ได้จะส่งไปกระตุ้นกลไกควบคุมความเจ็บปวดภายใน และลดสัญญาณการรับรู้ความเจ็บปวดปรับอารมณ์ด้านบวก มีการหลั่งสารเอนโดรฟิน และองค์ประกอบของเสียงดนตรี มีผลต่อการรับรู้ความปวดโดยผ่านทางตัวรับความปวด (Sensory stimuli) เกิดการนำสัญญาณประสาทผ่านไปตามวิถีประสาทรับการกระตุ้น (Nociceptive pathway) เข้าสู่สมอง เพื่อการแปลผล จะช่วยให้ลดความปวดได้ (Beck,1991) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่ผ่านมา (Beck,1991; Zimmerman et al,1989) โดยสรุปแล้ว การนำดนตรีบำบัดมาใช้ สามารถลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด ดังนั้นพยาบาลควรนำดนตรีบำบัดมาใช้ จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.4 **ข้อเสนอแนะ** ดนตรีบำบัดสามารถลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ สรุปว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกได้ อย่างไรก็ตาม ควรจัดดนตรีให้มีความหลากหลายมากขึ้น

เช่น เพลงลูกทุ่งบรรเลง เพลงบรรเลงที่ผู้ป่วยวัยรุ่นชอบ และจัดทำซีดีดนตรีบำบัด ให้ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปฟังที่บ้านได้ การนำโครงการดนตรีบำบัดไปใช้ในหน่วยงานต้องการความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งผู้บริหาร พยาบาลและผู้ป่วย จึงจะทำให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จ

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้งบประมาณสนับสนุนโครงการฯ ขอขอบคุณนางสาวชูศรี คุชชัยสิทธิ์ หัวหน้าพยาบาล และนางดวงพร สีจร ผู้ตรวจการแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ ที่ให้คำปรึกษา ตลอดจนบุคลากรในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด 5๑ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการจัดโครงการฯ จนประสบความสำเร็จ และขอบคุณหน่วยเวชניתศน์ คณะแพทยศาสตร์ ที่อำนวยความสะดวกให้ และขอบคุณนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่พัฒนาวนตรกรรม ดนตรีพื้นเมืองอีสาน ที่สามารถนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการฯ รวมทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

- นาถฤดี พรหมเถาว์. (2545). **ผลของคนตรีต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน และคณะ. (2547). **บำบัดความปวด**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 12 เรื่อง วิทยาการก้าวหน้ากับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. งานพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. 16-18 สิงหาคม 2547. ณ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ.
- วัลลภา สังฆโสภณ. (2536). **ผลของคนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิษณุ ธรรมลิขิต และคณะ. (2544). **คำแนะนำในการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ. สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์**. 18(6), 36-47.
- เสาวนีย์ สังฆโสภณ. (2547). **ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 12 เรื่อง วิทยาการก้าวหน้ากับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. งานพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. 16-18 สิงหาคม 2547. ณ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2547). **Evidence Based Nursing in Cancer Patient**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 12 ประจำปี 2547 เรื่องวิทยาการก้าวหน้ากับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. งานพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. 16-18 สิงหาคม 2547. ณ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ.
- Beck SL. (1991). The therapeutic use of music for cancer-related pain. **Oncology Nursing Forum**, 18(8), 1327-1337.
- Kwekkeboom KL. (2003) Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**, 30(3), 433-40.
- Mantyh PW. (2006). Cancer pain and its impact on diagnosis, survival and quality of life. **Nat Rev Neurosci**, 7(10), 797-809.
- McCaffery M. (1990). Nursing approaches to nonpharmacological pain control. **International Journal of Nursing Studies**, 27(1), 1-5.
- Na Cholburi JS, Hanucharunkul S, Waikakul W. (2004). Effects of music therapy on anxiety and pain in cancer patients, **Thai Journal of Nursing Research**, 8(3), 173-81.
- Berger DS, Schneck DJ. (2003). The Use of Music Therapy as a Clinical Intervention for Physiologic Functional Adaptation. **Journal of Scientific Exploration**, 17(4), 687-703.
- Zimmerman LM and et al (1989). Effects of music on patients who had chronic cancer pain. **Western Journal of Nursing Research**, 11(3), 299-309.

## รายงานการวิจัย

### ประสิทธิผลการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แก่สตรีในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง

ภาวดี ปรีชาวิทยากุล\*

พัชรี เลียดท้วี\*\*

เจียมจิต ทัดนาพิทักษ์\*\*\*

สายพิน ปานบำรุง\*\*\*\*

พีรภาว จันทรวินบูลย์สุช\*\*\*\*\*

พุดมศักดิ์ พุทธวินบูลย์\*\*\*\*\*

Prechawittayakul, P. Liadtavee, P. Tasanapitak, C. Panbumrung, S. Jantarawiboonsuk, P. and Puttawbul, P.

The Effectiveness of Providing Health Education about Breast Cancer and Breast Self Examination among Women Living in an Urban Community

TJN : (2008) : (3-4) : 23-36

Keywords : effectiveness of health education, breast cancer, breast self examination.

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีในเขตชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา โดยดูการเปลี่ยนแปลงของความรู้ และความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่เข้าร่วมจำนวน 185 คน ภายหลังจากได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในรูปแบบ การประยุกต์ใช้ภายใต้ข้อจำกัดด้านกำลังคน และภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข

ใช้แบบประเมินความรู้ก่อน และหลังการอบรมทันที และแบบติดตามสอบถามพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังการอบรมในระยะเวลา 3 เดือน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p = 0.000$  และมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพิ่มขึ้นจาก

\* พยาบาลชำนาญการ ศูนย์มะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\* ศูนย์มะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศิลปศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ร้อยละ 23.2 เป็นร้อยละ 63.5 ภายหลังจากได้รับความรู้ นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมาย ยังได้นำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่ต่อให้กับสตรีกลุ่มอื่นๆ ด้วย ผลของการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุป รูปแบบการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพของสตรี ในเขตชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 3 อย่าง คือ

- 1) การบรรยายประกอบสไลด์ที่มีเนื้อหาเรื่องความ

รุนแรงของอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่ และประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

- 2) ฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล กับหุ่นจำลอง และ
- 3) แจกแผ่นพับเพื่อนำไปอ่านทบทวน และทำความเข้าใจเมื่อกลับบ้าน ซึ่งรูปแบบดังกล่าวหน่วยงานสาธารณสุขที่สนใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ เพื่อให้สตรีสามารถดูแลเต้านมด้วยตนเอง และเป็นการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมต่อไป

### Abstract

The objective of this descriptive research was to study the effectiveness of providing knowledge about breast cancer and breast self examination (BSE) among women living in an urban community by examining the changes of knowledge and frequency of BSE in 185 women who participated in this study after receiving health education about breast cancer and BSE based on the model of promoting women to have BSE under limitation of nursing human resources and work burden. The study used questionnaires to evaluate knowledge and follow up the BSE behaviors of the participants before and after entering the program. BSE performance was assessed three months after the program by follow-up letters. Data was analyzed by using percentage, mean, standard deviation and paired samples t-tests. The results indicated that women who received health education had the significant improvement in breast cancer and BSE knowledge and had individually behavioral changes by monthly practicing BSE. In addition, some participants shared their knowledge with other women within the group. The results suggested that the benefits of breast cancer and BSE health education programs among women under the limitation of nursing human resources and work burden could be achieved with the following intervention: 1) group health education directed by medical staff, 2) individual training on BSE with a breast model and 3) providing knowledge brochure to assist participants for information recall. These findings suggested that public health professionals could use this model to apply for their work to stimulate women to have BSE and it could lead to prevent the breast cancer that might happen to women in the future.

## ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม จากฐานข้อมูลทะเบียนโรคมะเร็งในระดับประชากรของจังหวัดสงขลามีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในเพศหญิงในปัจจุบัน (ภารดี, เจียมจิต และพุดศักดิ์, 2550) โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 เท่าตัวในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ดังนั้นปัจจุบันมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชากรเพศหญิงในพื้นที่จังหวัดสงขลา แต่เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่สตรีสามารถตรวจค้นหาได้ด้วยตนเองตั้งแต่ในระยะที่ยังไม่แพร่กระจายด้วยวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยสามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมได้ด้วยตนเอง (Frank & Rohan, 1992) นอกจากนี้การตรวจเต้านมด้วยตนเองยังเป็นวิธีที่ง่ายในการเรียนรู้ สดวก และไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนการตรวจด้วยแมมโมแกรม (mammogram) นั้นมีการรายงานว่า สตรีที่ทำแมมโมแกรมมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการตรวจเนื่องจากความเจ็บปวดในระหว่างการทำ รวมทั้งมีความยากในการเข้าถึงการได้รับบริการ (Tsu & Joanna, 2006) อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการทำมีราคาสูง

จากผลการวิจัยการตรวจเต้านมในสตรีไทย ของ สุวิมล กิมปี, บงกช เก่งเขตกิจ, เพ็ญศรี ระเบียบ และสุพรรณิ เอี่ยมรักษา (2543) พบว่า สตรีที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือไม่เคยตรวจ โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลเรื่องที่เป็นอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองคือการไม่ทราบวิธีการตรวจ และขาดการกระตุ้นจากบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับในกลุ่มที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองให้เหตุผลเรื่องปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยให้เขาตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด คือ คำแนะนำจากแพทย์ ซึ่งจากการศึกษาผลของการฝึกการตรวจเต้านมด้วยตัวเองตามการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตน พบว่า ผู้ที่ได้รับการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองจะสามารถพบก้อนที่เต้านมขนาดเล็กได้ดีกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lannotti, Finney, Sander & De Leon, 2002) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาการพบขนาดของก้อนที่เต้านมกับวิธีการตรวจค้นหามะเร็งเต้านม สนับสนุนว่า สำหรับประเทศที่มีข้อจำกัดในการใช้แมมโมแกรมเป็นมาตรฐานในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของประชาชนนั้น สามารถใช้วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการตรวจได้ เนื่องจากผู้ที่ตรวจเต้านมเป็นประจำทุกเดือนจะทำให้มีทักษะในการค้นหาขนาดของก้อนมะเร็งเต้านมในระยะที่ยังไม่แพร่กระจายได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมลงได้เช่นกัน (Duffy, Tabar, Vitak, & Warwick, 2006)

ดังนั้นจากความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ (Rosenstock, 1974 อ้างตาม บงกช เก่งเขตกิจ, เพ็ญศรี ระเบียบ และสุพรรณิ เอี่ยมรักษา, 2542) ที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กล่าวว่า สตรีจะทำการตรวจเต้านมทุกเดือนนั้นเป็นผลมาจากความเชื่อของสตรีที่ว่า ตนเองเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม และมีความเชื่อเรื่องความรุนแรงของโรคมะเร็งว่าเมื่อเป็นแล้วจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนหรือต่อชีวิตของตน สตรีต้องเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่า มีประโยชน์ในการลดความรุนแรงของโรคหรือสามารถรักษาให้หายได้ และต้องเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนไม่เป็นอุปสรรคมากนักในการตรวจ จากการศึกษาก่อนของ บงกช เก่งเขตกิจ, เพ็ญศรี ระเบียบ และสุพรรณิ เอี่ยมรักษา (2542) ได้แจกแจงปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามลำดับจากมากไปน้อย คือ การรับข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้หน่วยงานหรือบุคลากรทางการแพทย์พยายามหาวิธีการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่ประชาชน เพื่อช่วยเพิ่มข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมและเนื้อหาของวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อันจะสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้มากยิ่งขึ้น

ในการศึกษาของ อานันท์นา (2541) พบว่า ปัจจัยที่ชักนำให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีปัจจัยที่เอื้อต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ ความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีปัจจัยเสริมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้การศึกษาของ แชมป์เบียน (Champion, 1987 อ้างตาม เพ็ญศรี ระเบียบ, ยุพิน ตีสัมศักดิ์ และวรรณีสัตติวัฒน์, 2540) พบว่า บุคคลที่ได้รับการสอนจากแพทย์หรือพยาบาล มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าการได้รับการสอนจากบุคคลอื่น และจากหลายการศึกษาได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีด้วยวิธีการต่างๆ ไปในแนวทางเดียวกัน คือ การให้ความรู้ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายประกอบการใช้สื่อต่างๆ เช่น ภาพพลิก สไลด์ วิดีทัศน์ การใช้ตัวแบบการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้นเตือนซึ่งสามารถสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอได้ดีแก่กลุ่มสตรี(จงกลศักดิ์ตระกูล, 2542; บุษบา สมใจวงษ์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, มยุรี

ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ และพิมพ์ิมาศ สิงหาคม, 2548; รุจนิชา พรหมเทพ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และอำภาพร พัววิไล, 2550; สุนทรภรณ์, พิพัทธกุลกุล, 2542)

แต่เนื่องจากพื้นที่การศึกษาคั้งนี้มีสตรีส่วนหนึ่งนับถือศาสนาอิสลาม จึงอาจจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างจากสตรีที่นับถือศาสนาพุทธ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีมุสลิมในจังหวัดปัตตานี พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพต่อมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ และปานกลาง การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม การรับรู้ด้านอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจเต้านม และการรับรู้ต่อสิ่งชักนำการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีมุสลิม ได้แก่ การรับรู้ต่อสิ่งชักนำการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเองและการศึกษา (เวรดีเพชรศิริวัฒน์, 2545) นอกจากนี้จากการศึกษาของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2550) ซึ่งศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยมุสลิม กล่าวว่า การพัฒนาโปรแกรมการสอนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพสตรีไทยมุสลิม ต้องประกอบด้วยผู้สื่อข่าวด้านสุขภาพ ซึ่งควรเป็นบุคคลท้องถิ่น โดยข่าวสารสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองควรปรับปรุงให้มีความเชื่อมโยงกับการดูแลร่างกายตามหลักศาสนาอิสลาม และกลวิธีการส่งข่าวสารควรมีการผสมผสานการสอนทางใจ และการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในเรื่องสถานที่ เวลา จำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่ม และภาษาที่ใช้

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองและการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

เด้านมและวิธีการตรวจเด้านมด้วยตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งศาสนาพุทธ และศาสนาอิสลาม โดยใช้วิธีการให้ สอดคล้องกับภาษา และวัฒนธรรมของสตรีที่นับถือทั้ง ศาสนาพุทธ และศาสนาอิสลาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะศึกษาถึงประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้รูปแบบ การส่งเสริมให้สตรีในพื้นที่ที่มีความรู้เรื่องมะเร็งเด้านมและ วิธีการตรวจเด้านมด้วยตนเอง ตามบริบทที่เป็นจริงของ หน่วยงานที่มีข้อจำกัดด้านภาระงานที่มาก และอัตรา กำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีจำกัด ซึ่งน่าจะ สามารถจะนำมาใช้ปฏิบัติในหน่วยงานสาธารณสุข และนำไปสู่การค้นหามะเร็งเด้านมในระยะที่ยังไม่ แพร่กระจายได้มากขึ้น อันจะเป็นผลดีต่อการรักษา โรคมะเร็งเด้านมในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความรู้ ของสตรีในเขตชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ภายหลังการได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเด้านม และวิธีการ ตรวจเด้านมด้วยตนเอง ในรูปแบบการส่งเสริมให้สตรี สามารถดูแลเด้านมด้วยตนเอง
2. เพื่อศึกษาความถี่ในการตรวจเด้านม ด้วยตนเอง ของสตรีในเขตชุมชนเมืองแห่งหนึ่งใน จังหวัดสงขลา ภายหลังการได้รับความรู้มะเร็งเด้านม และวิธีการตรวจเด้านมด้วยตนเอง

### สมมติฐาน

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเด้านม และวิธีการตรวจเด้านมด้วยตนเอง จะมีคะแนนความถี่ เพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับความรู้
2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเด้านม และ วิธีการตรวจเด้านมด้วยตนเอง มีความถี่ในการ ตรวจเด้านม ด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพิ่มขึ้น ภายหลังการได้รับความรู้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการ วิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่กลุ่มสตรีทั่วไป คนงานสตรี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขต เทศบาลเมืองสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา รวม 4 แห่ง มีอายุระหว่าง 20 ถึง 79 ปี จำนวนทั้งสิ้น 211 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบวัดความรู้ และแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเองโดยเป็นคำถามที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และ ใช้เวลาไม่นานในการตอบ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประวัติพันธุกรรมการเป็นมะเร็งเด้านม ในครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งเด้านม และวิธีการตรวจเด้านมด้วยตนเอง นำเครื่องมือที่ สร้างขึ้นไปหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยให้ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ จากนั้นนำมาแก้ไข และทดลองใช้กับกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มเป้าหมาย โดยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลสะเดา จำนวน 27 คน และนำมาทดสอบ หาค่าความเชื่อถือ ของเครื่องมือด้วยการวัดความสอดคล้องกันภายใน ชุดของคำถาม ด้วยวิธีใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha) และปรับปรุงจนเครื่องมือ ที่สร้างมีความเชื่อมั่นที่ระดับ  $\alpha = 0.79$

### การกำหนดรูปแบบของการให้ความรู้

กำหนดจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาข้อเด่น ข้อด้อย โอกาส และ อุปสรรค (SWOT analysis) ของหน่วยงานถึงความ สามารถในการนำรูปแบบ การให้ความรู้ต่างๆ มาปรับใช้ ตามสภาพความเป็นจริงของ ภาระงานและข้อจำกัด ด้านกำลังคนของบุคลากรด้านสาธารณสุข จากนั้น นำมากำหนดวิธีการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง สรุปเป็น



วิธีการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อันประกอบด้วยกิจกรรม 3 อย่าง คือ

- 1) การบรรยายประกอบสไลด์โดยแพทย์ ที่แสดงความรุนแรงของอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่ แสดงภาพมะเร็งเต้านมในลักษณะต่างๆ ประโยชน์ที่ได้จากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และอธิบายวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างละเอียดพร้อมภาพประกอบ
- 2) ฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคลกับหุ่นจำลอง และ
- 3) แจกแผ่นพับเพื่อนำไปอ่านทบทวน และทำความเข้าใจเมื่อกลับบ้าน

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 6 เมษายน 2550 ถึงวันที่ 16 มิถุนายน 2550 ณ เขตเทศบาลเมืองสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 3 ครั้งต่อ 1 ชุมชน คือ ก่อนการอบรม ภายหลังจากการอบรมทันที และติดตามสอบถามด้วยจดหมายภายหลังการอบรมในระยะเวลาห่างกัน 3 เดือน โดยโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะผู้วิจัยได้ทำการอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยพร้อมขออนุญาตทำการศึกษา โดยได้รับการอนุญาตจากกลุ่มเป้าหมายก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ข้อมูลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและภายหลังจากการอบรมของ

กลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มเดียวกันด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การทดสอบสมมุติฐานด้วย Paired t-test

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสตรี คณงานสตรี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 211 คน จากชุมชน 4 แห่ง ในเขตเทศบาลเมืองสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ประกอบด้วยชุมชนหมู่บ้านตัวอย่าง ชุมชนหมู่บ้านแห่งหนึ่ง พนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านของเทศบาลเมืองสะเดา แต่กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์มีจำนวน 185 คน โดยมีอายุระหว่าง 20 ปี -79 ปี โดยเป็นช่วงอายุ 40-49 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 28.9) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 30-39 ปี และ 50-59 ปี ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่ไม่ได้ศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรีโดยมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีมากที่สุด รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ส่วนอาชีพของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ ค้าขาย โดยมีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 23.7 และนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 3.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 76.7 แต่ในจำนวนนี้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพียงร้อยละ 23.2 เท่านั้น และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเลย ร้อยละ 23.2 ดังรายละเอียด ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแจกแจงระดับการศึกษา อาชีพ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมของกลุ่ม ตัวอย่าง (n = 185 คน)

ประเภท	แจกแจง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	76	41.2
	มัธยมศึกษา	46	24.7
	ปวช. ปวส.	26	14.1
	ปริญญาตรี	15	8.2
	อื่น ๆ	11	5.9
	ไม่ระบุ	11	5.9
อาชีพ	รับจ้าง	78	42.4
	เกษตรกร	11	5.9
	ค้าขาย	37	20.0
	ไม่มีอาชีพ	17	9.4
	อื่น ๆ	20	10.6
	ไม่ระบุ	22	11.7
การตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการได้รับความรู้	ตรวจทุกเดือน	43	23.2
	ตรวจเมื่อนึกได้	99	53.5
	ไม่เคยตรวจ	43	23.2

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มเดียวกัน อันประกอบด้วย กลุ่มสตรีคนงานสตรี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในช่วงก่อนและภายหลังการได้รับความรู้ทันที ด้วยสถิติ Paired t-test ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มเดียวกันของกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ช่วงก่อน และภายหลังการได้รับความรู้ทันที (n = 185 คน)

	Range		N	Mean		Mean diff ± SD	t	df	Sig.(2-tailed)
	Pre	Post		Pre ± SD	Post ± SD				
Group 1	0-11	2-12	39	6.87 ± 2.78	8.26 ± 2.86	1.39 ± 2.50	3.461	38	0.001
Group 2	1-10	7-12	31	5.68 ± 1.94	10.32 ± 1.42	4.65 ± 1.68	15.356	30	0.000
Group 3	3-10	2-12	42	6.50 ± 1.88	8.76 ± 2.31	2.26 ± 2.44	6.007	41	0.000
Group 4	0-11	2-12	73	6.62 ± 2.13	9.04 ± 2.47	2.43 ± 2.35	8.813	72	0.000

จาก ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p = 0.000$  และจากการติดตามความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และการนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่ต่อให้แก่สตรีคนอื่นๆ ภายหลังได้รับการอบรมในระยะเวลา 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตอบแบบสอบถามกลับทั้งสิ้น ร้อยละ 64.9 ( $n = 85$ ) ของการติดตามกลุ่มตัวอย่างที่เขียนที่อยู่ชัดเจน ( $n = 131$ ) โดยมีแบบสอบถามจำนวนหนึ่งถูกตีกลับเนื่องจากการไม่พบที่อยู่ และไม่ตอบกลับ

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถามภายหลังจากได้รับการอบรมในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 63.5 ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน และมากกว่าเดือนละครั้ง ร้อยละ 35.0 ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเมื่อนึกได้ และร้อยละ 1.2 ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเลย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับความถี่ของพฤติกรรมตรวจเต้านมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการได้รับความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับความรู้ในระยะเวลา 3 เดือน ดังรายละเอียด ตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบพฤติกรรมตรวจเต้านมเป็นประจำของกลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อน และหลังการได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระยะเวลาห่างกัน 3 เดือน ( $n = 85$  คน)

พฤติกรรมตรวจเต้านม	ก่อนได้รับความรู้ (ร้อยละ)	หลังการได้รับความรู้ (ร้อยละ)	การเปลี่ยนแปลง
ตรวจเป็นประจำทุกเดือน หรือ มากกว่า	23.2	63.5	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 40.3
ตรวจเมื่อนึกได้	53.5	35.0	ลดลง ร้อยละ 18.5
ไม่ได้ตรวจ	23.2	1.2	ลดลง ร้อยละ 22.0

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถามที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจพบก้อนผิดปกติที่เต้านมจำนวน 2 ราย โดยพบก้อนขนาด 0.5 เซนติเมตร และขนาด 2 เซนติเมตร

กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่ต่อให้แก่ผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 80 ของแบบสอบถามที่ตอบกลับ โดยนำไปเผยแพร่ให้แก่ญาติ เพื่อนและบุคคลที่รู้จัก และกลุ่มญาติ เพื่อน และจากการตอบกลับแบบสอบถามบุคคลที่ได้รับการเผยแพร่ความรู้มาจากกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านม ด้วยตนเองด้วยคิดเป็น ร้อยละ 80.9 ของกลุ่มที่ได้รับการเผยแพร่ความรู้ต่อ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถามยังมีการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมสรุปได้ว่า การให้ความรู้แก่ประชาชนทำให้รู้สึกถึงความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม

ได้ด้วยตนเอง สามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับให้แก่ผู้อื่น ทำให้ประชาชนมีความตื่นตัว เข้าใจและสนใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำอธิบายเพิ่มเติมในคำถามปลายเปิดดังนี้

“ได้ความรู้เกี่ยวกับ “มะเร็งเต้านม” และมีความสุขและสนุกในการที่ตัวเองก็มีความสามารถในการที่จะตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้อีกทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้กับบุคคลอื่นได้ด้วยและขอขอบคุณ.....อีกครั้งค่ะ”

“โครงการที่ทำนี้เป็นโครงการที่ประชาชนให้ความสนใจมาก บางคนเจอสิ่งผิดปกติก็ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ก็ต้องขอขอบคุณ.....เป็นอย่างมากที่ได้จัดอบรมเรื่องนี้ เพราะว่าบางคนไม่มีโอกาสที่จะได้ตรวจแบบนี้ หวังว่าทาง.....จะได้มีโครงการลงที่ชุมชนอีก”

“รู้สึกดีขึ้นและเข้าใจมากขึ้นค่ะ ขอขอบคุณ..... ก่อนหน้านี้อย่างไม่ได้ไปอบรม ก็ไม่สนใจกับตัวเองสักเท่าไร แต่พอไปนั่งฟัง ได้คุณภาพที่คุณหมอให้ดูกลัวมากๆ เลยค่ะ และสนใจดูแลตัวเองมากขึ้น เมื่อมีเวลาพวกเราจะคุยกัน ใครมีด้านผิดปกติพวกเราจะช่วยกันดู และทำตาม”

“รู้สึกดีใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการอบรม และได้บอกญาติ และเพื่อนบ้าน และต้องขอโทษด้วยที่ตอบจดหมายช้า อยากให้มีการอบรมทุกๆ ปี เพราะรู้สึกเหมือนอยู่ใกล้หมอ จะขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง”

“การที่เราได้เข้ารับการอบรมครั้งนี้ ทำให้รู้จักวิธีการตรวจมะเร็งเต้านมดีขึ้น สามารถอธิบายให้เพื่อนบ้าน ได้รับรู้ และรู้จักวิธีตรวจมะเร็งเต้านมว่าตรวจแบบไหน และวิธีตรวจเป็นอย่างไรจะได้รู้จักวิธีการต่างๆ ดีขึ้น”

“การได้รับรู้เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมทำให้ผู้หญิงทุกคนทราบเรื่องนี้ แล้วทุกคนมีความตื่นตัว และเอาไปปฏิบัติด้วยตนเอง และจะได้ไม่เป็นโรคมะเร็งเต้านม และความรู้เพื่อป้องกันได้ทันที และถ้าเพื่อนหรือญาติคนใดพบ เขาจะได้ไปพบแพทย์ทันเวลา เพราะมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้าย”

“เพื่อนและญาติให้ความร่วมมือดีมาก และให้ความสนใจไปตรวจมะเร็งเต้านมพบแพทย์กันบ่อยครั้ง”

“หลังจากได้รับการอบรมแล้วได้ความรู้มาเผยแพร่ให้คนในชุมชนได้รับความรู้ในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และขอขอบคุณท่านวิทยากรที่ได้มาอบรมให้กับ อสม.ในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง”

### การอภิปรายผล

ภายใต้บริบทข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลในปัจจุบันภาระน้าผลของการศึกษาต่างๆมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงานนั้น นอกจากจะสามารถตอบสนองต่อการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรแล้ว ยังสามารถช่วยให้พยาบาลบริหารจัดการทรัพยากรอันจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุดได้อีกด้วย

ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมในสตรีไทย พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมในสตรีไทย คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพการรับข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ (บงกช เก่งเขตกิจ, เพ็ญศรี ระเบียบ และสุพรรณิ เลี่ยมรักษา, 2542) และจากผลการศึกษารูปแบบต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในหลายการศึกษานั้น คณะผู้วิจัยจึงได้รูปแบบการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการศึกษานี้ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 อย่าง คือ 1) การบรรยายประกอบสไลด์ที่เน้นความรุนแรงของอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านม และประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2) ฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคลกับหุ่นจำลอง และ 3) แจกแผ่นพับเพื่อนำไปอ่านทบทวนและทำความเข้าใจเมื่อกลับบ้าน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนการได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 76.7 แต่ในจำนวนนี้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพียง ร้อยละ 23.2 และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเลย ร้อยละ 23.2 ซึ่งแสดงว่าสตรีเหล่านี้เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาแล้ว แต่ยังไม่ตระหนักมากพอถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำสม่ำเสมอทุกเดือน ในการศึกษาครั้งนี้ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ถึงความรุนแรงของอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมที่แพทย์ได้เน้นให้เห็นจากข้อมูลสถิติและภาพของมะเร็งเต้านมในลักษณะต่างๆ แล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกวิธีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการติดตามความถี่ของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังจากได้รับการอบรม ในระยะเวลา 3 เดือน

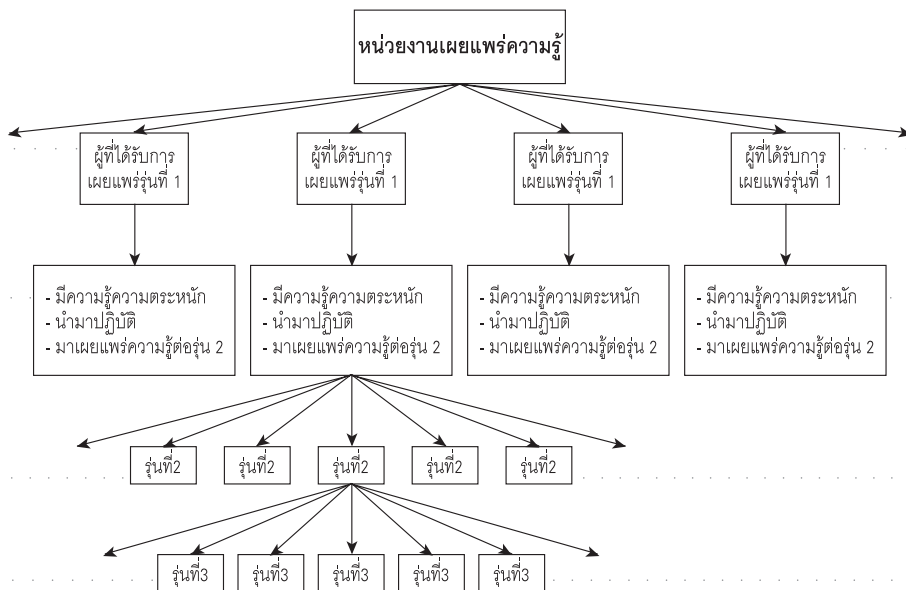
พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพิ่มขึ้นและไม่ได้ตรวจเต้านมเลยลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรธนา ไชคสมทอง (2545) เรื่องการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทอง พบว่า การเน้นกิจกรรมด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้นโดยให้แพทย์มีส่วนร่วมนั้น ช่วยให้ตัวแปรตามทุกตัวรวมทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Consedine, Magai & Neugut (2004) ที่ระบุว่า การรับรู้ถึงความสามารถแห่งตนและความกลัวต่อมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่อาจทราบได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธีหรือไม่เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับนั้นมาจากการตอบแบบสอบถามทางจดหมายของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยไม่ได้ประเมินวิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้องด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถตอบแบบสอบถามได้โดยอิสระ และไม่ต้องเกรงใจผู้วิจัย

นอกจากนี้ผลของการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มิได้จำกัดอยู่เพียงการได้รับความรู้เฉพาะตนของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น หากแต่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80 ยังได้นำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่ต่อให้กับผู้อื่นได้ทราบและปฏิบัติด้วยเช่นเดียวกันในลักษณะ “เพื่อนบอกเพื่อน” ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sadler, Dhanjal, Shah, Shah, Ko, Anghel, et al. (2001) ซึ่งพบว่าการพัฒนา รูปแบบการให้ความรู้ในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะสามารถช่วยให้สตรีมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งสตรีเหล่านั้นจะสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่ต่อให้กับกลุ่มสตรีอื่นๆ ในเชื้อชาติเดียวกันได้ด้วยและจากการตอบแบบสอบถามกลับของกลุ่มตัวอย่างในคราวเดียวกันนี้ พบว่าร้อยละ 80.9 ของกลุ่มบุคคลที่ได้รับ การเผยแพร่ความรู้จากกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเช่นเดียวกันกลไกการเผยแพร่ความรู้แบบ “เพื่อนบอกเพื่อน” สามารถสรุปเป็นกระบวนการ ได้ดัง แผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 สรุปกระบวนการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชนแบบ “เพื่อนบอกเพื่อน”



แต่การรณรงค์เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ผ่านมาของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่จังหวัดสงขลา ยังไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากการติดตามข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจังหวัดสงขลา ในปี 2548 พบมะเร็งเต้านมในระยะ 0-1 เพียงร้อยละ 17.9 เท่านั้น ในขณะที่ National Cancer Data Based (The American College of Surgeons, 2007) ประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานข้อมูลระยะโรคของมะเร็งเต้านมล่าสุดที่วินิจฉัยในปี 2005 ใน Benchmark Reports, V 9.0 ระบุว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมะเร็งเต้านมในระยะ 0-1 จำนวนมากถึงร้อยละ 55.4 และจากการศึกษาของ Ogawa, Tominaga, Yoshida, Kubo & Takeuchi (1987) ระบุว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนจะสามารถทำให้พบมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ได้ร้อยละ 33 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการตรวจเต้านมนานๆ ครั้ง และไม่ได้ตรวจเลย และถ้ามีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น จะสามารถค้นหามะเร็งที่มีขนาดเล็กได้ ซึ่งถ้าพบขนาดของก้อนมะเร็งที่เล็กมากได้เร็ว จะช่วยให้สามารถตรวจพบโรคมะเร็งในระยะแรกเริ่มได้เร็วขึ้นและได้รับการรักษาทันเวลาที่

ดังนั้น ถ้าผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุขไทย จะผลักดันให้การรักษามะเร็งเต้านมของประเทศได้ผลดีเท่าเทียมกับต่างประเทศ ก็จำเป็นต้องมีการรณรงค์การให้ความรู้ด้านนี้อย่างจริงจัง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นภายใต้บริบทของตนเอง เพื่อจะให้สตรีไทยสามารถค้นหามะเร็งเต้านมในระยะแรกได้ด้วยตนเอง และมาพบแพทย์เร็วขึ้น เนื่องจากที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินนโยบายตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - พ.ศ.2549) กำหนดนโยบายระดับประเทศในการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งเต้านมได้รับการกำหนดไว้เป็น 1 ใน 2 ของโรคมะเร็งที่

ตั้งเป้าหมายไว้ คือ การกำหนดให้มีการรณรงค์ให้สตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) แต่จากการติดตามข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2549 และ 2550 พบว่าสัดส่วนการค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก (ระยะ 0-1) ของประชากรสตรีจังหวัดสงขลา ยังไม่มีความแตกต่างจากในปี พ.ศ.2548 แต่อย่างใด โดยพบมะเร็งเต้านมในระยะ 0-1 ในปี พ.ศ.2549 และ 2550 คิดเป็นร้อยละ 18 และ 14.2 ตามลำดับ (ปี พ.ศ. 2548 พบ ร้อยละ 17.9) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรณรงค์ให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ผ่านมาของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสงขลา ยังไม่ประสบผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการทบทวน และปรับกลยุทธ์ในการรณรงค์ใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยปัจจุบันประเทศไทย กำลังอยู่ในช่วงของการใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2549) ซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาดคน และสังคมไทยไว้ในบทที่ 2 โดยมีเป้าหมายที่ยังคงให้ความสำคัญกับโรคที่สามารถป้องกันได้ 5 โรค โดยมีโรคมะเร็งเป็น 1 ใน 5 โรค ที่เป็นเป้าหมายในการลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 ใน ปี 2554

จากผลของการศึกษานี้ สามารถสรุปการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมให้สตรีดูแลเต้านมด้วยตนเองโดยการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทข้อจำกัดด้านภาระงานที่มาก และจำนวนอัตรากำลังจำกัดของบุคลากรด้านสาธารณสุข อันประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 อย่าง คือ 1) การให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบสไลด์ ที่เน้นความรุนแรงของอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านม และแสดงประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2) ฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคลกับหุ่นจำลอง และ 3) แจกแผ่นพับเพื่อนำไปอ่านบททวนและทำความเข้าใจเมื่อกลับบ้าน นอกจากนี้ผลการศึกษาค้างนี้ยังแสดงให้เห็นว่า หน่วยงานสาธารณสุขที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง และภาระงานสามารถนำกลไกการเผยแพร่ความรู้แบบ “เพื่อนบอกเพื่อน” ไปใช้ในการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชนได้ ซึ่งนอกจากจะสามารถช่วยให้บรรลุนโยบายด้านการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแล้วยังสามารถช่วยลดภาระงานและกำลังบุคลากรของบุคลากรภาครัฐไปได้มาก แต่ประเด็นที่ควรคำนึงถึงคือ ทำอย่างไรหน่วยงานภาครัฐจะสามารถสร้างแรงจูงใจและสร้างความตระหนักในเรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้แก่สตรีในชุมชนของตนได้จนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และนำความรู้ที่ได้

ไปเผยแพร่ต่อให้แก่สตรีคนอื่นๆ เนื่องจากส่วนหนึ่งของประสิทธิภาพของรูปแบบการศึกษาค้างนี้อาศัยจุดแข็งขององค์กรของคณะผู้วิจัย คือ เป็นสถาบันที่เป็นแหล่งวิชาการและศูนย์การแพทย์ในภาคใต้ที่ได้รับความเชื่อถือมากจากประชาชน

#### ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำการศึกษานี้ไปเป็นแบบอย่างในการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานของตนต่อไปเพื่อจะสามารถขยายความรู้เหล่านี้ไปสู่ชุมชนในวงกว้างเพื่อให้สตรีในชุมชนสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ใน ความรับผิดชอบ เพื่อการค้นหา มะเร็งเต้านมในระยะแรก ได้มากขึ้นอันจะส่งผลดีต่อการรักษามะเร็งเต้านมของประเทศ

### เอกสารอ้างอิง

- จกกล ศักดิ์ตระกูล. (2542). **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (สุขภาพ และพฤติกรรมศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- บงกช เก่งเขตกิจ, เพ็ญศรี ระเบียบ และสุพรรณิ เอี่ยมรักษา. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย. **วารสารสภาการพยาบาล**, 14, 24-36.
- บุษบา สมใจวงษ์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ และพิมพ์พิมาส สิงหาคม. (2548). การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในอำเภอฝาง จังหวัดขอนแก่น. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 28(1), 11-20.
- เพ็ญศรี ระเบียบ, ยุพิน ตีสมศักดิ์ และวรรณิ สัตวิวัฒน์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล**, 12(1), 55-67.
- ภาวดี ปรีชาวิทยากุล, เจียมจิต ทศนาพิทักษ์ และพุมศักดิ์ พุทธิวิบูลย์. (2550). New trends of Songkhla cancers, create new burdens for medical staff. **การประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สุขภาพดีเพื่อชีวิตที่ยืนยาว**, 15-17 สิงหาคม 2550 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- รุจนิชา พรหมเทพ, น้ำอ้อย ภัคดิวงศ์ และอำภพร พัววิไล. (2550). **ผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ต่อความรู้ และพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยรังสิต.
- เรวดี เพชรศิราสังข์. (2545). **ปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีมุสลิมในจังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ โชคสมอทอง. (2545). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการ ในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขภาพ และพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. (2548). **การสาธารณสุขไทย 2544-2547**. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10**, 1 เมษายน 2551. <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139>
- สุวิมล กิมปี, บงกช เก่งเขตกิจ, เพ็ญศรี ระเบียบ และสุพรรณิ เอี่ยมรักษา. (2543). การตรวจเต้านมในสตรีไทย. **วารสารสภาการพยาบาล**, 15(1), 64-68.
- สุนทรภรณ์ พิพัทธ์กุลสกุล. (2542). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ในชุมชน อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขภาพ และพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.



- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2550). การเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีไทยมุสลิม ต.ฉลุง อ.หาดใหญ่ โดยใช้รูปแบบการสอนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Consedine, N.S., Magai, C., & Neugut, A.I. (2004). The contribution of emotional characteristics to breast cancer screening among women from six ethnic groups. **Preventive Medicine**, 38(1), 64-77.
- Duffy, S.W., Tabar, L., Vitak, B., & Warwick, J. (2006). Tumor Size and Breast Cancer Detection: what might be the effect of a less sensitive screening tool than mammography?. **The Breast Journal**, 12(1), 91-95.
- Frank-Stromborg, M., & Rohan, K. (1992). Nursing's involvement in the primary and secondary prevention of cancer. **Cancer nursing**, 15, 79-103.
- Lannotti, R.j., Finney, L.J., Sander, A.A., & De Leon, J.M. (2002). Effect of clinical breast examination training on practitioner's perceived competence. **Cancer Detection and Prevention**, 26(2), 146-148.
- Ogawa, H., Tominaga, S., Yoshida, M., Kubo, K., & Takeuchi, S. (1987). Breast self-examination practice and clinical stage of breast cancer. **Japanese journal of cancer research**, 78(5), 447-452.
- Sadler, G.R., Dhanjal, S.K., Shah, N.B., Shah, R.B., Ko, C., Anghel, M., et al. (2001). Asian Indian women : knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. **Public Health Nursing**, 18(5), 357-363.
- The American College of Surgeons. (2007). National Cancer Data Base retrieved April 1, 2008. from the American college of surgeons website : [http://cromwell.facs.org/BMarks/BMPub/Ver9/DxRx/BMPub\\_DxRx9.cfm](http://cromwell.facs.org/BMarks/BMPub/Ver9/DxRx/BMPub_DxRx9.cfm)
- Tsu, Y.W., & Joanna, B. (2006). Filipino American women's perceptions and experiences with breast cancer screening. **Oncology nursing forum**, 33(4), 71-8.

## รายงานการวิจัย

### ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เพียงดาว จุลบาท\*  
สมพันธ์ หิญชีระนันท์\*\*  
ศากุล ช่างไม้\*\*\*  
ผ่องศรี ศรีมรกต\*\*\*\*

Chulabat. P. Hinjiran, S. Changmai, S. and Srimoragot, P.  
Relationship Between Sense of Coherence and Quality of Life in Patients  
with chronic Kidney Disease Receiving Hemodialysis  
TJN : (2008) : (3-4) : 37-47  
Keywords : Sense of Coherence, Quality of Life, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษา ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิต และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก, ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รักษาโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับบริการในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลพระจอมเกล้า โรงพยาบาลเพชรรัชต์ และโรงพยาบาลเมืองเพชร-ธนบุรี จังหวัดเพชรบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2551 จำนวน 80 ราย เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้รับการตรวจสอบความตรง

โดยผู้เชี่ยวชาญ หาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 สำหรับแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกและ .89 สำหรับแบบวัดคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.781, p\text{-value} < .01$ ) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.232, e = 0.261, p\text{-value} < .05$ ) ตามลำดับ

\* พยาบาลวิชาชีพ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

\*\* รองศาสตราจารย์ ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### Abstract

This study was a conductional descriptive study of sense of coherence and personal factors such as age, marital status, education level, time of receiving treatment and quality of life of patients with chronic kidney disease receiving hemodialysis at Phrachomkiao Petchaburi Hospital, Petcharat Hospital and Muang Petch-Thonburi Hospital in Petchaburi Province during December 2007 and February 2008. Purposive sampling was used to recruit 80 patients. The validity of research instruments included personal questionnaires, sense of coherence questionnaires and quality of life questionnaires were approved by 5 experts. Reliability measured by Cronbach's Alpha Coefficient were .88 for sense of coherence and .89 for quality of life.

Results of this study revealed that patients with chronic kidney disease receiving hemodialysis had average score of sense of coherence and quality of life at medium level. Sense of coherence were related positively with quality of life of patients with chronic kidney disease receiving hemodialysis at high level significantly ( $r = 0.781$ ,  $p$ -value  $< .01$ ) and personal factors such as age and marital status were related with quality of life of patients with chronic kidney disease receiving hemodialysis at low level significantly ( $r = 0.232$ ,  $e = 0.261$ ,  $p$ -value  $< .05$ ).

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดจากไตไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เมื่อการดำเนินโรครุนแรงถึงระดับไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตทุกราย วิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยาวขึ้น และได้รับความนิยมนมากที่สุดคือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เกรียง ตั้งสง่า, 2548: 35) นอกจากต้องใช้เวลาในการรักษานาน และใช้ทรัพยากรมากอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยหลายรายรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ และไม่คิดว่าตนเองจะผ่านพ้นปัญหาๆ เหล่านั้นได้และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข

จากกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จำนวนการตายของประชากรไทยด้วยโรคไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ สูงเป็นอันดับ 6 ตั้งแต่ปี 2544- 2548 จากข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไต

แห่งประเทศไทยปี 2542, 2546 และ 2547 เท่ากับ 3,589, 5,338 และ 11,208 ราย (ทวี ศิริวงศ์, 2548: 4) แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การรักษาโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายที่สูง และต้องรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และสวัสดิการจากรัฐบาลยังไม่ครอบคลุมบริการการรักษานี้ จึงนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก

เป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นมโนทัศน์หลักในทฤษฎีความผาสุกในชีวิตซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพดี และมีความผาสุกในชีวิต (Antonovsky, 1982 : 193 : Sullivan, 1993 : 1772-1778) จากงานวิจัยของ ลันด์แมน และนอร์เบิร์ก (Lundman & Norberg, 1993 : 381-386) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีความรู้ความชำนาญในการเผชิญ

กับความเจ็บป่วยได้ดี ส่วนผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกท่ามามีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาโดยใช้อารมณ์มากกว่า บรูคส์ (Brooks, 1991 : 179) ศึกษาตัวทำนายความสำเร็จในการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุโดยการประเมินคุณภาพชีวิตพบว่า ทฤษฎีความสุขในชีวิตมีความเหมาะสม และสามารถอธิบายตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตได้อย่างกว้างขวางชัดเจน การศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และ พรรณวดี พุทธวัฒน์ (2532 : 3) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลทางบวกต่อการรับรู้ถึงความมีความสุขในชีวิต นอกจากนี้การศึกษาของจินดาวรรณ อุดมพัฒนาการ (2539 : 60) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน และการปรับตัวโดยรวมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และงานวิจัยของกนกพร สุคำวัง (2540 : 107) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรค การเผชิญความเครียด คุณภาพชีวิต และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรค จากผลการศึกษางานวิจัยดังกล่าวเห็นได้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนและเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ความความสุขในชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากผลการศึกษาของประภาศิริ กำแพงทอง (2548: 110) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมบางรายสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ แต่บางรายกลับเผชิญการเจ็บป่วยนั้นไม่ได้ จึงควรศึกษาต่อไปอีกว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถเผชิญต่อการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่รักษาโรค ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทั้งมีความสัมพันธ์ และไม่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปปัจจัยส่วนบุคคลของแต่ละคน และความเข้มแข็งในการมองโลกไปใช้ในการวางแผนทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก, ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่รักษาโรค กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

#### สมมุติฐานของการวิจัย

1. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่รักษาโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสหสัมพันธ์(Correlational Research)ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังและเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลเพชรรัชต์ และโรงพยาบาลเมืองเพชร-ธนาบุรี จังหวัดเพชรบุรีโดยรวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ไม่จำกัดความถี่ในการฟอกเลือดต่อสัปดาห์ ภายใต้การดูแลจากแพทย์เฉพาะทางโรคไต และพยาบาลที่ผ่านการอบรมพยาบาลไตเทียม ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มีสถิติสัมพัทธ์ของสมบูรณสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจและยินดีเข้าร่วมมือในการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากตารางขนาดตัวอย่างสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan ได้ประมาณขนาดตัวอย่าง 76 ราย ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่ม ตัวอย่าง ใช้ในการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทั้งหมด 80 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่รักษาโรค
2. แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนอนสกี (Antonovsky, 1987 : 82) ซึ่งแปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532 : 169-190) และดัดแปลงปรับปรุงโดยกังสดาล สุทธิวิศรีสรรค์ (2535 : 89) จำนวน 29 ข้อ แบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ จาก 1 ถึง 7 แต่ละข้อมีคำตอบในลักษณะตรงกันข้าม มีข้อความทางบวก 16 ข้อ และทางลบ 13 ข้อ ความเข้มแข็งในการมองโลก มีคะแนนรวมตั้งแต่ 29-203 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง หากความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ .88

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) ซึ่งแปลโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (<http://www.dmh.go.th/testwhoqol>, 12/10/2550) เป็นชุดย่อย ฉบับภาษาไทย มีจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับที่สูง หากค่าความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลเพชรรัชต์ และโรงพยาบาลเมืองเพชร-ธนาบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล เข้าพบหัวหน้าหน่วยไตเทียมในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยได้แจ้งการพิทักษ์สิทธิ และให้ผู้ป่วยตอบในเครื่องมือวิจัย ทั้ง 3 ฉบับกรณีผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัยได้อ่านคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบอย่างอิสระ เก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทันที นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอิตา

### ผลการวิจัย

ในกลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 80 คน มีอายุสูงสุด 80 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี อายุเฉลี่ย 53.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.26 และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี มีร้อยละ 27.50 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ มีร้อยละ 68.75 ระดับการศึกษาสูงสุด 16 ปี ระดับการศึกษาต่ำสุดคือไม่ได้ศึกษา ค่าเฉลี่ย 7.55 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.72 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีร้อยละ 51.25 ระยะเวลาที่รักษาโรคสูงสุด 12 ปี ระยะเวลาที่รักษาโรคต่ำสุด 6 เดือน ระยะเวลาที่รักษาโรคเฉลี่ย 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.76 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่รักษาโรค 1-5 ปี มีร้อยละ 66.25 ช่วงคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เท่ากับ 69-199 คะแนน ( $\bar{X} = 136.23$ , S.D. = 29.29) มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง และช่วง

คะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 42-113 คะแนน ( $\bar{X} = 85.93$ , S.D. = 14.72) มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.232$ , P-value < .05) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $e = 0.261$ , p-value < .05) แต่สถานภาพสมรสโดด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ ความสัมพันธ์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับ และความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.781$ , P-value < .01) ส่วนระดับการศึกษาและระยะเวลาที่รักษาโรคกับคุณภาพชีวิตความสัมพันธ์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รักษาโรค และความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n = 80)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
อายุ	.232*	.039
ระดับการศึกษา	-.021	.853
ระยะเวลาที่รักษาโรค	.201	.074
ความเข้มแข็งในการมองโลก	.781**	.000

\*  $P < .05$ , \*\*  $P < .01$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta) ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (N = 80)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (e)	P-value
สถานภาพสมรส		
- โสด	.178	.115
- คู่	.261*	.019*
- หม้าย	.220	.050
- หย่า	.042	.710
- แยกกันอยู่	.029	.798

\* $P < .05$

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในระดับปานกลาง และความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.781$ ,  $P\text{-value} < .01$ ) แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากผลการศึกษสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีการรับรู้ เข้าใจ และเชื่อมั่นในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าสามารถจัดการแก้ปัญหาได้ รู้สึกชีวิตมีคุณค่า มีความหมาย และคุณค่าในการดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตนให้ถูกต้องและเหมาะสม แม้ว่าจะเป็นโรคไตวายเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปตลอดชีวิต เมื่อเข้าใจถึงสาเหตุที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมว่าเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น สามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ที่เคยได้รับในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแม้ว่าจะเป็นสถานการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อนก็ตาม สามารถที่จะเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถจัดลำดับขั้นตอนและสามารถทำนายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ โดยใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ซึ่งอาจมาจากตนเองหรือบุคคลอื่นที่คุ้นเคยหรือไว้วางใจ ทำให้รู้สึกว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่น่ากลัว สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ด้วย ความมั่นใจ ไม่หวาดกลัว เมื่อจิตใจยอมรับสภาพได้ ความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นก็สามารถที่จะควบคุมได้ ทำให้มีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค รู้สึกว่าคุณค่า

ในการกระทำกิจกรรมที่เอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ ปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างเป็นสุขตามอัตภาพ ทำให้บุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทนา เตชะคฤห (2540 : 55) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 90 คน พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตในระดับปานกลาง ( $r = 0.60$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คาร์เมล แอนสัน ลีเวนสัน บอนเนห์ และแมสซ์ (Camel, Anson, Levenson, Bonneh, & Maoz, 1991) ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกและภาวะสุขภาพผู้ใหญ่ในประเทศอิสราเอล จำนวน 230 คน พบว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ และการมีภาวะสุขภาพดีย่อมมีความผาสุกในชีวิตมากตามมาด้วย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของมิดานิค ไชกิเกียน แรนซัม และโพลิน (Midanik, L.T., Soghikian, K., Ransom, L.J., & Polen, M.R., 1992: 43-48) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ นอกจากความเข้มแข็งในการมองโลกจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือการปรับตัวในบุคคลแล้วยังส่งผลถึงภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตด้วย เช่น ผลการศึกษาของแลนกวิส และไลด์ (Langius & Lind, 1995 : 242-249) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากและหลอดอาหารที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีความไม่สุขสบายจากการรักษาน้อยกว่า และรู้สึกว่ามีความสุขสบายดีขึ้นกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เยวาลักษณ์ กลิ่นหอม (2540 : 32-37) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ นอกจากนี้แคลง จอร์เวล และไคลน์ (Klang, B., Bjorvell, H., & Clyne, N., 1996) ได้ศึกษาในผู้ป่วยยูริเมียก่อนทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะรับรู้ภาวะสุขภาพ และรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

จากผลการศึกษาค้นคว้านี้เห็นได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นไปตามทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของแอนโทนิฟสกี กล่าวไว้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญในตัวบุคคล สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ จึงประโยชน์อย่างยิ่งถ้าส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกให้สูงขึ้น จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้ตามอัธยาศัย

จากผลการศึกษา แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้

อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.232$ ,  $P\text{-value} < .05$ ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 27.50 มีอายุ 61-70 ปี มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า อาจเนื่องมาจากอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความหมายและคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล (Dubos, 1991 : 8-9) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีประสบการณ์ชีวิตรูปแบบต่างๆ มากมาย สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า การตั้งเป้าหมายในชีวิตอาจแตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากอาจตั้งเป้าหมายว่าการรักษาทำให้ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น และการผ่านชีวิตมามากกว่าอาจจะยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้ดีกว่า ผู้ที่มีอายุน้อยซึ่งอาจ

ตั้งเป้าหมายภายหลังการรักษา สุขภาพควรจะดีขึ้นสามารถทำกิจกรรม บทบาทต่างๆ ได้ แต่ไม่เป็นไปตามความคาดหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของกัทซ์ และสโตนเนอร์ (Gutch & Stoner 1983 : 173 อ้างในทศนีย์ จินางกูร, 2530:21) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมมีสาเหตุมาจากความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า และการที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว บุตรหลาน ทั้งด้านความรัก ความอบอุ่น และมีความมั่นคงในชีวิตมากกว่า เป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกาปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษานุชิตี ศรีคำ และแพทย์พัทธร อุทิศ (2547:72) ศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่า ทำให้มีสุขภาพจิตดีกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮามารัท และคณะ (Hamarat et al., 2001:181-196 อ้างในนุชิตี ศรีคำ และแพทย์พัทธร อุทิศ, 2547:72) ผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีความรู้สึกพึงพอใจ และมีความผาสุกทางใจดีกว่าเพราะมีประสบการณ์ชีวิตมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และตอนกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของทศนีย์ จินางกูร (2530 : 85) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีการล้างช่องท้องแบบถาวร พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากอายุที่มากกว่ามีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานในชีวิต และมีความมั่นคงด้านการทำงานมากกว่า และสอดคล้องกับผลการศึกษาของชนินสุภา นาคะ (2543:17) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะ และคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงที่มีอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฉะและความวิตกกังวลในขณะเผชิญความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยอายุ 61-80 ปี



สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.261$ ,  $P\text{-value} < .05$ ) สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าสถานภาพสมรสมีความสำคัญในด้านของการสนับสนุนจากคู่สมรสในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ หายใจ แยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลให้กำลังใจ จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรสคู่ และอยู่ด้วยกัน จะได้รับความรักความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจจากคู่สมรสที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังช่วยดูแลจัดหาอาหารให้รับประทานตามพยาธิสภาพของโรค ทำให้มีกำลังใจในการควบคุมโรค การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากคู่สมรสจะช่วยบรรเทาความเครียดและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวอลท์ทซ์ วอลท์ทซ์ และบาดูรา (Waltz, 1989; Waltz & Badura, 1988 cited in Yates, 1995:193-203) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอารมณ์ และเป็นปัจจัยที่ทำนายความผาสุกในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของวูด โรดส์ และวีแลนด์ (Wood, Rhodes & Wheland, 1989 cited in Motzer & Steward, 1996:287-298) พบว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสุขใจ ชีวิตมากกว่าบุคคลที่ยังไม่ได้สมรส และการศึกษาของเยทส์ (Yates, 1995 : 193-203) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยชายโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 93 คน พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งใน

ระยะสั้นและระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ แปะใจ (2542) การสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ( $r = 0.261$ ) แคมเบล (Cambell, 1976 : 117-124) พบว่าคนที่เป็นโสดมีความพึงพอใจน้อยกว่าผู้มีสถานภาพสมรสคู่ และสอดคล้องกับ Dunn และคณะ (1994: 237-246) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง ที่สถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 55 ระดับสูงร้อยละ 2

ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 และขัดแย้งกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1982 : 161-162) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์หรือเลือกอำนาจต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะแสวงหาแหล่งความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง สามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Ruth, 1973 : 136-156) รวมทั้งการศึกษาของ ไมเคิล และคณะ (Michael et al, 1997 : 888-896) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งนอกจากจะมีการศึกษาในระบบการศึกษาส่วนหนึ่งแล้ว ยังมีการศึกษาจากประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตด้วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์การเรียนรู้จากการดำเนินชีวิต การแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยซึ่งผ่านประสบการณ์ชีวิตน้อยกว่า

ระยะเวลาที่รักษาโรค พบว่า ระยะเวลาที่รักษาโรคไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานว่าระยะเวลาเจ็บป่วยที่นานขึ้นผู้ป่วยจะปรับตัวได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามการศึกษาของแอบแรม (Abram, 1969 : 160) กล่าวว่าการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้เวลาประมาณ 6-12 เดือน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น ความไม่แน่นอนจากการวินิจฉัยโรคภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเกิดอาการรบกวนทางร่างกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ ส่วนผู้ดูแลใกล้ชิดที่ต้องดูแลประจำทุกวันและตลอดไป อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายได้ (Zappacosta & Perras, 1984:9) ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเผชิญกับความเครียดได้ทุกระยะของการรักษา ทำให้ระยะเวลาในการปรับตัวของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนไปมาได้ขึ้นกับการรับรู้ของตนเองและขอบเขตในการเผชิญความเครียด ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มีความเครียดเกินความสามารถที่ตนจะรับได้จะเกิดความรู้สึกท้อถอย (Lawrence & Lawrence, 1979:35-37) จะเห็นได้ว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะใดก็ตาม อาจเกิดความเครียดได้ทุกระยะของการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือ ประคับประคอง ความรักความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่อยู่ทุกระยะของการรักษา

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการนำปัจจัยเรื่องความเข้มแข็งในการมองโลกมาวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรให้ความสำคัญ และให้การสนับสนุนด้านการให้ความหมายกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี ด้านการจัดการกับสถานการณ์ และด้านความเข้าใจในสถานการณ์ ทั้ง 3 ด้านไปด้วยกัน

2. ด้านการศึกษา ในการจัดการเรียนการสอนควรมีเนื้อหาและกิจกรรมที่ช่วยให้นักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางส่งเสริมพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมองไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ด้านการวิจัย ความเข้มแข็งในการมองโลกอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 49 (r<sup>2</sup>) ควรมีการศึกษาวิจัยตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม อาทิ การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และควรมีการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยต่อไป เช่น การศึกษาซ้ำเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ การศึกษาในรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกให้สูงขึ้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

## เอกสารอ้างอิง

- กนกพร สุคำวัง. (2540). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2548). Initiation of Renal Replacement Therapy (RRT). ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และ ธนินดา ตระการวิช (บรรณาธิการ), **Practical Dialysis**. (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ : Text and Journal Publication.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 11(1), 16-30.
- จันทนา เตชะคฤห. (2540). **ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินดาวรรณ อุดมพัฒนามาร. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวี ศิริวงศ์. (2548). **แนวปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษดี ศรีคำ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 16(2), 65 -78.
- ประภาศิริ กำแพงทอง. (2548). **ประสบการณ์ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต และความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี**, 9(2), 32-37.
- รุ่งทิพย์ แงใจ. (2542). **การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหันต์นิรันดร์กุล และคณะ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.dmh.go.th/test/whoqol> / เมื่อวันที่ 12 / 10 / 2550 : 23.10 น.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุฒวัฒน์. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. **วารสารพยาบาล**, 28(3), 169-190.
- Abram, HS. (1969). The Psychiatrist, The Treatment of Chronic Renal Failure and The Prolongation of Life. **Am J of Psychiatry**, 126, 160.

- Antonovsky, A. (1982). **Health, Stress and Coping**. San Francisco : Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). **Unraveling The Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well**. (4th ed.), San Francisco: Jossey-Bass. p 129-161
- Brook, J. DA. (1991). Salutogenic Theory of Successful Aging. **Dissertation Abstract International**, 5(3), p. 179.
- Cambell, A. (1976). Subjective measures of well-being. **American Psychologist**, 31 (January 1976), 117-124.
- Camel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonneh, D.Y., & Maoz, B. (1991). Life event, sense of coherence and health: Gender differences on the Kibbutz. **Social Science Medicine**, 32, 1089-1096.
- Dubos, R. (1991). The State of health and the quality of life. **The Western Journal of Medicine**, 125, 8-9.
- Dunn, et al, (1994). Quality of Life for spouses of CAPD patients. **American Nephrology Nurses' Association Journal** 1994, 21(5), 237-46, 257, discussion 247.
- Klang, B., Bjorvell, H., & Clyne, N. (1996). Perceived well-being in predialysis uremic patients. **American Nephrology Nurses' Association Journal**, 23, 223-229.
- Langius, A., & Lind, M.G. (1995). Well-being and coping in oral and pharyngeal cancer patients. **European Journal of Cancer and Clinical Oncology**, 13B(4), 242-249.
- Lawrence, S.A., & Lawrence, G.D. (1979). A model of adaptation to the stress of chronic illness. **Nursing Forum**, 18, 35-37.
- Lundman, B., & Norberg, A. (1993). The significance of a sense of coherence for subjective health in persons with insulin dependent diabetes. **Journal of Advanced Nursing**, 18, 381-386.
- Michael, V., Jennifer, J., Shin, RU., Robert, M., and the modification of diet in renal disease study group. (1997). Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: the modification of diet in renal disease studies. **American Journal of Kidney Disease** 1997, 29(6), p. 888-896.
- Midanik, L.T., Soghikian, K., Ransom, L.J., & Polen, M.R. (1992). Alcohol problems and sense of coherence among older adults. **Social Science Medicine**, 34(1), 43-48.
- Motzer, S.U., & Steward, B.J. (1996). Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. **Research in Nursing & Health**, 19, 287-298.
- Pender, N.J. (1982). Social Support and Health. In **Health Promotion in Nursing Practice**. (p. 161-162). Norwalk: Appleton & Lange.
- Ruth, S. (1973). **Rehabilitative Aspects of Acute and Chronic Nursing Care**. Philadelphia: W.B. Sauder. p. 136-156.
- Sullivan, G.C. (1993). Toward clarification of convergent concept : sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. **Journal of Advanced Nursing**, 18(11), p. 1772-1778.
- Yates, B.C. (1995). The relationship among social report and short and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease **Research in Nursing & Health**, 18, 193-203.

## รายงานการวิจัย

# สภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไข ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

วารุณี มีเจริญ\*

Meecharoen, W.

The Condition of Ethical Instruction, Ethical Dilemmas and Resolutions in Nursing Practice  
According to the Perception of Nursing Students in Borommarajonnani College of Nursing, Saraburi  
TJN : (2008) : (3-4) : 48-59

Keywords: The Condition of Ethical Instruction , Ethical Dilemmas in Nursing Practice, Ethical Dilemmas' Resolutions

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม เปรียบเทียบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลและวิธีการแก้ไข ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในระดับชั้นปีที่แตกต่างกันกลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ในปีการศึกษา 2548 จำนวน 170 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาร้อยละ 100 รับรู้ว่าได้รับการศึกษารายวิชาเฉพาะเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตร โดยรายวิชาเฉพาะเกี่ยวกับจริยธรรมตามการรับรู้ของนักศึกษาส่วนใหญ่ คือ วิชาจริยศาสตร์ วิธีการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับจริยธรรมมากที่สุดในรายวิชาทฤษฎี ได้แก่ การบรรยาย

อภิปราย และการวิเคราะห์สถานการณ์ และรายวิชาปฏิบัติคือการสอดแทรกจริยธรรมในการประชุมปรึกษาทางคลินิก ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลประสบมากที่สุดได้แก่การที่ทีมสุขภาพแสดงกิริยาไม่สุภาพกับผู้ป่วย/ญาติ เช่น พุดจาไม่ไพเราะ การตอบคำถามญาติผู้ป่วยซ้ำๆ เมื่อแพทย์ไม่มาดูอาการผู้ป่วย/มาดูล่าช้า และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งที่กลัวว่าตนเองจะได้รับอันตราย และวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาใช้สูงสุด ได้แก่ ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี พุดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ และปรึกษาเพื่อนร่วมวิชาชีพในหอผู้ป่วย/โรงพยาบาลเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาที่อยู่ในระดับชั้นปีที่แตกต่างกันพบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยรวมแตกต่างกัน

\* พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

### Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the condition of ethical instruction, ethical dilemmas and resolutions in nursing practice according to the perception of nursing students in different year classes. Sample used in this study was 170 nursing students in sophomore, junior, and senior classes enrolling in the bachelor of nursing science program in Borommarajonnani College of Nursing, Saraburi in the 2005 academic year. The instruments were 2 set of questionnaires on the Condition of Ethical Instruction. The research showed that 100 % of nursing students perceived that their ethic education were specific in nursing curriculum. The top three teaching methods in theoretical course that nursing students commonly learn were lecture, discussion, and scenario analysis and most students perceived that ethical instruction was also integrated in practical courses. The most effective method in practical that subjects were ethical integration within clinical conference . The top three ethical dilemmas in nursing practice were the improper manner with patients or the relatives of the patients ; such as using impolite words, the repetitive answer when physician did not visit patients regularly or was late, and the unwilling to take care of the high risk patients The three highest rank of the ethical dilemmas' resolutions were being good role models, talking to trusted persons, and counseling with colleagues in the same ward or the same hospital. Moreover the statistically significant result show that the students in different year classes perceived the difference ethical dilemmas in nursing practice, overall.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่เกิดจากความสำคัญของจริยธรรมที่มนุษย์มีต่อกัน และเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ พยาบาลจึงถูกคาดหวังจากสังคมให้เป็นผู้มีจริยธรรมสูง เพราะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย และครอบครัวโดยตรง (อรัญญา เชาวลิต และคณะ, 2544 : 141) แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันมีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพมากขึ้น ส่งผลทำให้ปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical problems) ในระบบสุขภาพและสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลจึงมีแนวโน้มสูงขึ้น (Aranya Chaowalit et al., 1999 : 133) พยาบาลจึงต้องเผชิญกับประเด็นจริยธรรม ที่ต้องใช้ความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ประกอบกับความต้องการหรือจำนวนผู้รับบริการมีมากขึ้นในขณะที่จำนวนพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพมีจำนวนจำกัดส่งผลให้มีข้อผิดพลาด

ในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้นรวมทั้งความผิดพลาดของการให้บริการทางการแพทย์จนเกิดกรณีฟ้องร้องของผู้เสียหายหลายราย จนทำให้สังคมได้รับรู้อย่างแพร่หลายจากสื่อสารมวลชนต่างๆ ทั้งหนังสือพิมพ์ วิทยุ หรือโทรทัศน์ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้มีเสียงสะท้อนหรือเสียงวิพากษ์วิจารณ์พยาบาลในแง่ลบมากขึ้น (นที เกื้อกุลกิจการ, 2542 : 76) ซึ่งส่งผลทำให้ผู้รับบริการมีความตื่นตัวในการตรวจสอบคุณภาพการบริการด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะจริยธรรมของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

จากสภาพสังคมปัจจุบันที่พยาบาลจะต้องเผชิญกับปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้บริการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นนั้น การเตรียมความพร้อมของพยาบาลให้สามารถเผชิญกับปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการจัดให้พยาบาลได้เรียนรู้

เกี่ยวกับจริยธรรม (ethics) จนถือได้ว่าจริยธรรมเป็นหนึ่งในสี่ส่วนของความรู้ที่ต้องเตรียมให้บัณฑิตพยาบาล (Carper BA., 1992 : 228) ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนนอกจากจะมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพแล้วยังมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลเป็นคนที่มีความรู้จริยธรรมในการดำรงชีวิตประจำวันและการให้บริการด้วย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอนโดยตรงจึงตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนที่สอดแทรกจริยธรรมเพื่อเตรียมความพร้อมของบัณฑิตที่ต้องออกไปเผชิญกับสภาพสังคมปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ศึกษาเกี่ยวกับสภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไขตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปกำหนดเป็นกิจกรรมที่ชัดเจนในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นการสอดแทรกจริยธรรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
2. เพื่อศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไข ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไข ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ที่อยู่ในระดับชั้นปีที่แตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการจัดการเรียนการสอน และองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเชื่อว่ากระบวนการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ เป็นการจัดการประสบการณ์ที่มุ่งเน้นการจำลององค์ประกอบของระบบการเรียนการสอนให้มีความสัมพันธ์กันเพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่กำหนด (สงัด อุทรานนท์, 2532 : 5) โดยเฉพาะกระบวนการจัดการเรียนการสอน ผู้เรียนจะได้เรียนรู้จากกิจกรรมการเรียนการสอนของอาจารย์ ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหา / หัวข้อ การสอน กิจกรรมการเรียนรู้ / วิธีการจัดการประสบการณ์ในภาคทฤษฎี และปฏิบัติด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การศึกษาผู้ป่วยเฉพาะกรณี การฝึกปฏิบัติงาน และอื่น ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด การประเมินผล และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Reilly & Oermann, 1992 : 151-156) ซึ่งระบบการเรียนการสอนที่นักการศึกษาต่างๆ ทั้งของไทย และต่างประเทศได้กล่าวไว้มีหลากหลายทั้งระบบใหญ่และระบบย่อย และเป็นระบบที่มีองค์ประกอบที่มีความซับซ้อนแตกต่างกันไป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ระบบการเรียนการสอนของไทเลอร์ (Tyler, 1950 อ้างใน ทิศนา แคมณี, 2545 : 203) โดยไทเลอร์ได้กำหนดองค์ประกอบของระบบการเรียนการสอนที่เรียกว่า ไทเลอร์ลูฟ (Tyler Loop) ไว้ 3 ส่วนด้วยกันคือ 1) จุดมุ่งหมายของการเรียนการสอน 2) กิจกรรมการเรียนการสอน และ 3) การประเมินผลการเรียนการสอน ข้อมูลจากการประเมินผลจะสามารถใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับไปยังกิจกรรมการเรียนการสอน และจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนเพื่อการปรับปรุง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาสภาพการเรียน การสอนจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และ วิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ตามการรับรู้ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากระบบการจัดการเรียน การสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติที่วิทยาลัยฯ จัดให้แก่นักศึกษา ดังนั้นในการวิจัยในครั้งนี้จึงใช้ แบบสำรวจข้อมูลสำหรับนักศึกษาเกี่ยวกับเนื้อหา / การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนจริยธรรม และ แบบสอบถามประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และวิธีแก้ไข ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ของอรรถญา เชาวลิขิต (2544) โดยในแบบสำรวจข้อมูล สำหรับนักศึกษาเกี่ยวกับเนื้อหา / การจัดกิจกรรม การเรียนการสอนจริยธรรมจะประกอบด้วยข้อคำถามที่ ครอบคลุมระบบการเรียนการสอน โดยวัตถุประสงค์มุ่งหมาย การเรียนการสอนจากเนื้อหาหรือหัวข้อการสอนที่นักศึกษา ได้รับในหลักสูตร รวมทั้งมีข้อคำถามครอบคลุมกิจกรรม การเรียนการสอน และการประเมินผลการเรียนการสอน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สำหรับแบบสอบถาม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้ง ทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการรวบรวม ข้อมูลในส่วนของจุดมุ่งหมายการเรียนการสอนที่มุ่งหวัง ให้นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และประยุกต์ใช้วิธีแก้ไขประเด็นจริยธรรมในการปฏิบัติ การพยาบาลในสถานการณ์จริงได้เพื่อลดปัญหาความ รู้สึกขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในบทบาทการเป็นผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพในอนาคต ซึ่งผลจากการวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้วิทยาลัยฯ มีข้อมูลย้อนกลับที่จะนำไปสู่การ ประเมินผลระบบการจัดการเรียนการสอน รวมทั้ง สามารถสะท้อนคุณภาพการสอนของอาจารย์ได้เป็น อย่างดี ตลอดจนมีแนวทางในการพัฒนาการสอน จริยธรรมให้ชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

### สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในระดับชั้นปีที่แตกต่างกัน พบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และใช้วิธีแก้ไข ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม แตกต่างกัน

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาสภาพการจัดการเรียน การสอนจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการ ปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรม ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จากประสบการณ์ตรง ที่ได้รับจากการฝึกภาคปฏิบัติที่ผ่านมาแล้วโดยภาพรวม มิได้เฉพาะเจาะจงในรายวิชาใดวิชาหนึ่ง โดยเก็บข้อมูล ในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2549

### วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ในปีการศึกษา 2548 จำนวน 170 คน ซึ่งเป็น นักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการขึ้นปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 1 รายวิชาหรือ 1 ครั้ง และ ได้ผ่านการเรียนการสอนในวิชาจริยศาสตร์สำหรับ พยาบาลมาแล้ว เพื่อจะได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ เนื้อหา และกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม ทั้งในภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสำรวจ ข้อมูลสำหรับนักศึกษาเกี่ยวกับเนื้อหา/การจัดกิจกรรม การเรียนการสอนจริยธรรม และแบบสอบถามประเด็น ขัดแย้งทางจริยธรรม และวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้ง



ทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ของอัญญา เชาวลิต และคณะ (2544) โดยแบบสอบถามประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น (สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) เท่ากับ 0.96 และ 0.86 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2549 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไป และคะแนนการรับรู้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของนักศึกษาที่อยู่ระดับชั้นปีแตกต่างกัน ด้วย oneway ANOVA

## ผลการวิจัย

1. สภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรมตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

1.1 นักศึกษาร้อยละ 100 รับรู้ว่าได้รับการศึกษารายวิชาเฉพาะเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตร โดยรายวิชาเฉพาะเกี่ยวกับจริยธรรมตามการรับรู้ของนักศึกษา ได้แก่ วิชาจริยศาสตร์ กฎหมายทางการแพทย์ พยาบาล ปรัชญาและศาสนา คิดเป็นร้อยละ 80.85, 2.66 และ 0.53 ตามลำดับ หัวข้อจริยธรรมที่นักศึกษาได้ศึกษาในหลักสูตรสูงสุด 3 อันดับได้แก่ สิทธิผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพ และทฤษฎีจริยศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 100, 98.40, และ 97.87 ตามลำดับ

1.2 วิธีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาทฤษฎีที่ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3 อันดับแรกได้แก่ การบรรยาย อภิปราย และการวิเคราะห์สถานการณ์ คิดเป็นร้อยละ 46.28, 34.57 และ 33.51 ตามลำดับ

1.3 นักศึกษาร้อยละ 81.38 รับรู้ว่ามีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับจริยธรรมในรายวิชาปฏิบัติ และวิธีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติที่ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการสอดแทรกจริยธรรมในการประชุมปรึกษาทางคลินิก คิดเป็นร้อยละ 45.21

1.4 นักศึกษาร้อยละ 85 ที่รับรู้ว่ามีการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทฤษฎีด้วยการสอบอัตนัย สอบปรนัย รายงานนำเสนอในชั้นเรียน และอภิปราย ส่วนการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 69 รับรู้ว่าไม่มีการประเมินผลด้วยวิธีการทั้ง 3 วิธีได้แก่ การสังเกตพฤติกรรม การสังเกตการณ์ให้เหตุผล/การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรม/การให้เหตุผล/การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากผู้เกี่ยวข้อง

2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลประสบที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกและอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ การที่ทีมสุขภาพแสดงกิริยาไม่สุภาพกับผู้ป่วย/ญาติ เช่น พูดจาไม่ไพเราะ การตอบคำถามญาติผู้ป่วยซ้ำๆ เมื่อแพทย์ไม่มาดูแลอาการผู้ป่วย/มาดูล่าช้า และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งที่กลัวว่าตนเองจะได้รับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 และคะแนนเฉลี่ยของวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาใช้สูงสุด 3 อันดับแรกและอยู่ในระดับมากที่สุดได้แก่ ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี พูดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ และปรึกษาเพื่อนร่วมวิชาชีพในหอผู้ป่วย/โรงพยาบาลเดียวกัน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อเฉพาะที่มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ใน 10 อันดับแรก (n = 170 คน)

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล	MEAN	S.D.
1. การที่ทีมสุขภาพแสดงกิริยาไม่สุภาพกับผู้ป่วย/ญาติ เช่น พุดจาไม่ไพเราะ	1.38	.86
2. การตอบคำถามญาติผู้ป่วยซ้ำๆ เมื่อแพทย์ไม่มาดูแลอาการผู้ป่วย/มาดูแลช้า	1.35	.89
3. การที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งที่กลัวว่าจะได้รับอันตราย	1.24	.97
4. การทำหน้าที่แทนบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบ	1.14	.87
5. การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ผู้ป่วยที่หมดหวังต่อการรักษา	1.09	.98
6. การที่ต้องเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วย/ญาติกับทีมสุขภาพอื่นๆทุกๆเรื่อง	1.06	.91
7. การที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อโดยที่ท่านไม่ทราบมาก่อน	1.06	.94
8. การใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตชีวิตผู้ป่วย ทั้งๆ ที่เชื่อว่าผู้ป่วยรายนั้นจะได้รับความทุกข์ทรมานมาก	1.06	.93
9. การที่ท่านต้องใช้อุปกรณ์บางอย่างเกินความจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดกับตัวท่าน	1.04	.95
10. การที่ต้องหยุดใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตชีวิตผู้ป่วย ในกรณีที่ญาติร้องขอ	1.00	.95

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อเฉพาะที่มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ใน 10 อันดับแรก (n = 170 คน)

วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล	MEAN	S.D.
1. ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี	2.37	.86
2. พุดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ	2.22	.96
3. ปรึกษาเพื่อนร่วมวิชาชีพในหอผู้ป่วย	2.17	.93
4. พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก	2.13	.81
5. ปรึกษาทีมสุขภาพอื่นๆ	2.12	.89
6. พยายามหาเหตุผลที่ทำให้สบายใจขึ้น	2.03	.82
7. บอกผู้ป่วย/ญาติให้ตามแพทย์โดยตรง	1.98	.88
8. ปลง/ทำให้ใจให้ยอมรับในเหตุการณ์นั้น	1.97	.90
9. ปรึกษาผู้บังคับบัญชา	1.78	1.03
10. ปรึกษาคนในครอบครัว	1.65	1.15

3. นักศึกษาที่อยู่ในระดับชั้นปีที่ 3 พบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยรวมสูงกว่านักศึกษาที่อยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ

นักศึกษาที่อยู่ในระดับชั้นปีแตกต่างกันใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยรวมและรายชื่อองค์ประกอบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในประเด็นต่อไปนี้ คือ 1) สภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม 2) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไข และ 3) ความแตกต่างของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไข

### 1. สภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม

นักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ระบุว่าเกี่ยวกับสภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรมว่าได้รับการศึกษาในรายวิชาเฉพาะเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตรของสถาบัน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีรายวิชาเฉพาะเกี่ยวกับจริยธรรมได้แก่ วิชาจริยศาสตร์ วิชากฎหมายทางการแพทย์ และวิชาปรัชญา และศาสนา ซึ่งสอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่ปรากฏในเอกสารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2547 ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนในปรัชญาของหลักสูตรเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตพยาบาลว่าบัณฑิตพยาบาลนอกจากจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพแล้วยังต้องมีคุณธรรม จริยธรรม ยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยมีการกำหนดให้มีการจัดการเรียนการสอนวิชาจริยศาสตร์ และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลเป็นกลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพในหมวดวิชาเฉพาะไว้ในโครงสร้างของหลักสูตร และสำหรับวิชาปรัชญา และศาสนาเป็นวิชาในกลุ่มวิชามนุษยศาสตร์ ซึ่งมีลักษณะวิชาเกี่ยวกับแนวคิด และวิถีคิดทางปรัชญาตะวันตก และตะวันออก ลักษณะแนวคิดของปรัชญาในศาสนาต่างๆทฤษฎีทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของศาสนา และการนำหลักคำสอนศาสนาไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อให้ นักศึกษาสามารถปฏิบัติตนเป็นคนดีตามหลักศาสนา และใช้หลักปรัชญา และศาสนาในการดำเนินชีวิตได้ (ประมวลรายวิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2545, 2545 : 13 ) สำหรับหัวข้อ

จริยธรรมที่ได้ศึกษาในหลักสูตร พบว่านักศึกษามากกว่าร้อยละ 80 ระบุว่าไม่มีหัวข้อจริยธรรมที่ได้ศึกษาในหลักสูตร ทั้ง 11 หัวข้อ โดยหัวข้อจริยธรรมที่นักศึกษา ได้ศึกษาในหลักสูตรสูงสุด 3 อันดับได้แก่ สิทธิผู้ป่วยจรรยาบรรณวิชาชีพ และทฤษฎีจริยศาสตร์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าหัวข้อจริยธรรมทั้ง 3 ประการดังกล่าวเป็นหัวข้อที่นักศึกษาพยาบาลจะต้องนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติวิชาทางการแพทย์ทุกรายวิชาโดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยนักศึกษาพยาบาลจะต้องเรียนรู้ในการทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทั้ง 10 ประการ และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ ดังจะเห็นได้จากมีการกำหนดเป็นสมรรถนะรายวิชา และวัตถุประสงค์รายวิชาทางการแพทย์ว่านักศึกษาจะต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และหลักจริยธรรม (ประมวลรายวิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545, 2545 : 124-260 )

นักศึกษาระบุว่ามีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบบรรยาย วิเคราะห์สถานการณ์ และอภิปรายเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนจริยธรรมในรายวิชาทฤษฎีสูงสุด 3 อันดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ บรรจงปรุง (2536 : 72-77) ที่พบว่าวิธีการสอนส่วนใหญ่เป็นการสอนแบบบรรยาย อภิปรายร่วมกับเน้นปัญหา และทัศนีย์ นนทสร และคณะ (2545 : 63) ที่พบว่ารูปแบบการสอนที่อาจารย์พยาบาลใช้มากที่สุดคือ แบบบรรยายร้อยละ 93.8 ทั้งนี้จะเห็นว่าหัวข้อจริยธรรมที่จัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้ส่วนใหญ่เป็นเนื้อหาที่เป็นนามธรรม ยากต่อการเข้าใจ การบรรยายเป็นวิธีการสอนที่สามารถถ่ายทอดเนื้อหาสาระได้มากโดยใช้เวลาน้อย (ทิสนา แซมณี, 2545 : 327) จึงเป็นวิธีการสอนที่จะทำให้ผู้เรียนได้เข้าใจมากยิ่งขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ของผู้สอนในการถ่ายทอดในภาษาที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การใช้กรณีตัวอย่างมาประกอบการสอนโดยการให้ผู้เรียนได้ร่วมกัน

วิเคราะห์สถานการณ์ และการอภิปรายจะทำให้เกิดการ เรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้นเพราะเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนที่ ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการเผชิญ และแก้ปัญหาโดย ไม่ต้องรอให้เกิดปัญหาจริง เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ และเรียนรู้ความคิดของผู้อื่น ช่วยให้ ผู้เรียนมีมุมมองที่กว้างขึ้น (ทีศนา แซมณี, 2545 : 360) ดังนั้นในหัวข้อจริยธรรมเกี่ยวกับปัญหาหรือประเด็น จริยธรรมต่างๆ มักใช้การวิเคราะห์สถานการณ์ และการ อภิปรายในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนดังจะเห็น การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในคู่มือการสอนจริยศาสตร์ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (อรัญญา เชาวลิต, 2545) ทุกหน่วยจะต้องมีกิจกรรมการเรียนการสอน ครอบคลุมวิธีการสอนทั้งสามวิธีดังกล่าว

นอกจากนี้นักศึกษารับรู้ว่าการเรียนการสอน เกี่ยวกับจริยธรรมในรายวิชาปฏิบัติ โดยมีการสอดแทรก จริยธรรมในการประชุมปรึกษาทางคลินิกเป็นวิธีการจัด กิจกรรมการเรียนการสอนจริยธรรมในรายวิชาปฏิบัติด้วย ซึ่งมีข้อมูลที่น่าสังเกตว่ามีนักศึกษาถึงร้อยละ 18.62 ที่ รับรู้ว่าไม่มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับจริยธรรมใน รายวิชาปฏิบัติทั้งนี้อาจเป็นเพราะในรายวิชาปฏิบัติมิได้มี การกำหนดวัตถุประสงค์ และออกแบบการสอนที่ชัดเจน ว่าจะต้องพัฒนาผู้เรียนในประเด็นจริยธรรมเรื่องใดรวมทั้ง กิจกรรมการเรียนการสอนภาคปฏิบัติก็ไม่ได้มีการกำหนด กิจกรรมเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อจริยธรรม ทำให้นักศึกษาบางคนไม่เกิดการเรียนรู้ในประเด็นจริยธรรม ทั้งๆ ที่อาจารย์ผู้สอนบางคนระบุว่าตนได้มีการสอน สอดแทรกจริยธรรม ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการสำรวจ รายวิชาที่มีการสอนสอดแทรกจริยธรรม ในปีการศึกษา 2548 โดยมีอาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาเป็นผู้ให้ข้อมูลพบว่ามี การสอนสอดแทรกจริยธรรมในระดับรายวิชาคิดเป็น ร้อยละ 53.47 (รายงานสรุปผลการบริหารหลักสูตรระดับ รายวิชา ประจำปีการศึกษา 2548, 2548)

สำหรับการประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ในรายวิชาทฤษฎี นักศึกษาส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 85

ที่รับรู้ว่าการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนใน รายวิชาทฤษฎีด้วยการสอบอัตนัย สอบปรนัย รายงาน นำเสนอในชั้นเรียน และอภิปราย ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาเกี่ยวกับสภาพการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม ของเยาวลักษณ์ บรรจงปรุง (2536 : 72-77) ที่พบว่า การ ประเมินผลส่วนใหญ่ใช้วิธีการสอบวัดผลสัมฤทธิ์ ด้านความรู้ ร่วมกับการทำรายงานค้นคว้า และสังเกต พฤติกรรม และสอดคล้องกับวิธีการประเมินผลที่ระบุไว้ ในแต่ละหน่วยของคู่มือการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิตที่สถาบันการศึกษาพยาบาลใช้ เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนจริยธรรมหรือ จริยศาสตร์ (อรัญญา เชาวลิต และคณะ, 2545) ทั้งนี้ เนื่องจากในการประเมินผลส่วนใหญ่จะต้องมีความ สอดคล้องกับวิธีการจัดการเรียนการสอน เช่น ถ้าใช้วิธี การสอนเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยให้นักศึกษา อภิปรายกรณีศึกษา จะต้องประเมินผลจากการมีส่วนร่วม ในการอภิปราย และประเมินจากรายงานสรุปการอภิปราย กรณีศึกษา หรือถ้าสอนเนื้อหาเกี่ยวกับทฤษฎีจริยศาสตร์ ด้วยการบรรยาย จะประเมินผลด้วยการสอบแบบปรนัย หรืออัตนัย เป็นต้น

ส่วนการประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ในรายวิชาปฏิบัติพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 69 รับรู้ว่าไม่มีการประเมินผลด้วยการสังเกต พฤติกรรม การสังเกตการณ์ให้เหตุผล / การตัดสินใจ เชิงจริยธรรม และการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม เชิงจริยธรรม / การให้เหตุผล / การตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในการจัดการเรียน การสอนภาคปฏิบัติในรายวิชาทางการพยาบาลของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ปีการศึกษา 2548 ยังมิได้มีการกำหนดเกณฑ์การวัด และประเมินผล พฤติกรรมด้านจริยธรรมโดยเฉพาะ ส่วนใหญ่จะมีการ ประเมินพฤติกรรมด้านจริยธรรมสอดแทรกอยู่กับการ ประเมินเรื่องๆ เช่น แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ภาคปฏิบัติ ใช้ประเมินโดยภาพรวมของการฝึกภาคปฏิบัติ

ของนักศึกษาในทุกสายวิชาทางการพยาบาล เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รายการที่ประเมินใช้กรอบแนวคิดตามกระบวนการพยาบาล และครอบคลุมการประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งรายการที่ประเมินด้านเจตคติส่วนใหญ่เป็นการประเมินพฤติกรรมด้านจริยธรรมของนักศึกษา เช่น ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี และความเป็นบุคคลของผู้รับบริการซื่อสัตย์ และรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเมตตา นุ่มนวล มีน้ำใจ ช่วยเหลือ และเป็นมิตรกับผู้รับบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ในแบบประเมินชิ้นงานต่างๆ ของนักศึกษาส่วนใหญ่จะสอดแทรกการประเมินด้านจริยธรรม เช่น แบบประเมินรายงาน จะมีการประเมินเรื่อง ความตรงต่อเวลา และความรับผิดชอบต่อ เป็นข้อย่อในแบบประเมินดังกล่าว และในการนำแบบประเมินไปใช้ บางครั้งไม่มีการชี้แจงรายละเอียดที่ชัดเจน จึงทำให้นักศึกษาไม่ทราบว่ามีผลการประเมินผลด้านจริยธรรมในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ดังนั้นวิทยาลัยฯ จึงควรจัดทำคู่มือการใช้แบบประเมินในรายวิชาปฏิบัติ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้นเพื่อให้ นักศึกษาได้ศึกษา และทำความเข้าใจ ร่วมกับการชี้แจงรายละเอียดของแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผลภาคปฏิบัติในทุกสายวิชา อย่างต่อเนื่อง และอาจกำหนดให้มีการระบุประเด็นการประเมินผลด้านจริยธรรมให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมไว้ในคู่มือการจัดการเรียนการสอนรายวิชาเพื่อให้นักศึกษารับรู้ว่ามีผลการประเมินด้านจริยธรรมในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

## 2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไข

เมื่อวิเคราะห์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นรายข้อพบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลประสบที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

3 อันดับแรก และอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ การที่ทีมสุขภาพแสดงกิริยาไม่สุภาพกับผู้ป่วย / ญาติ เช่น พูดจาไม่ไพเราะ การตอบคำถามญาติผู้ป่วยซ้ำๆ เมื่อแพทย์ไม่มาดูแลอาการผู้ป่วย / มาดูล่าช้า และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งที่กลัวว่าจะได้รับอันตราย ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่ นที เกื้อกูลกิจการ (2542 : 77) ได้สรุปไว้ว่าพยาบาลที่มีน้ำเสียงกิริยาวาจาแข็งกระด้าง ไม่สุภาพอ่อนโยน ขาดความอดทนอดกลั้น และไม่มีการควบคุมอารมณ์ หรือการแสดงออกเป็นพยาบาลที่มีพฤติกรรมปฏิบัติ การพยาบาลต่อผู้รับบริการไม่เหมาะสมขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งเป็นปัญหาจริยธรรมในประเด็นแรกที่กล่าวถึง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประเด็นขัดแย้ง ทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ในสองประเด็นแรกที่นักศึกษา พบสูงสุดเป็นประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การบริการด้านสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับพันธะหน้าที่ต่อตนเองที่เป็นปัญหาที่มีอยู่จริง ดังปรากฏให้เห็นจากกรณีตัวอย่างตามการนำเสนอของ สื่อต่างๆ ทำให้นักศึกษาได้รับรู้หรือเป็นผู้เห็นเหตุการณ์ ด้วยตนเอง จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งสามประเด็น ดังกล่าวที่นักศึกษาพบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าประเด็นอื่นๆ แต่จากการศึกษาของ วณิชชา พึ่งชมพู่ และชมาพร โสฬสวัสดิ์กุล. (2547) พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เกี่ยวกับพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับพันธะหน้าที่ต่อตนเองเป็นประเด็นจริยธรรมลำดับที่ 6 ใน 7 ลำดับที่ พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักพบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ในหอผู้ป่วยหนักกับหอผู้ป่วยทั่วไปมีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพ และชีวภาพและนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ก็ผ่านประสบการณ์ การฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักน้อยมากเมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยทั่วไป ประกอบกับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีประสบการณ์ในการเผชิญประเด็นขัดแย้ง ทางจริยธรรมมากกว่านักศึกษาเพราะมีประสบการณ์

มากกว่า จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลพบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมแตกต่างจากพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก

นักศึกษาพยาบาลใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งโดยรวม และรายองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลางทุกองค์ประกอบ แต่เมื่อวิเคราะห์การใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นรายชื่อจากทั้งสององค์ประกอบ พบว่าจะเน้นเฉลี่ยของวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาใช้สูงสุด 3 อันดับแรก และอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี พูดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ และปรึกษาเพื่อนร่วมวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย / โรงพยาบาลเดียวกัน ซึ่งเป็นการใช้วิธีการพูดคุย ปรึกษาหารือ และเป็นการทำเพื่อผู้ป่วย และหาวิธีช่วยให้ตนเองสบายใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กานดา รักชาติ (2543) ที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักใช้การทำให้สบายใจที่ได้ระบายความรู้สึกเป็นวิธีหนึ่งในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งจะเห็นได้ว่านักศึกษาได้ใช้วิธีแก้ไขปัญหาด้วยการจัดการกับอารมณ์ และเน้นการแก้ปัญหาตามแนวความคิดเผชิญความเครียดของลาซารัส และ โพลด์แมน ซึ่งถือว่าเป็นการแสดงบทบาทของพยาบาลที่ทำหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลโดยการแสดงบทบาทของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย และการแสวงหาหนทางช่วยเหลือผู้ป่วย (อริญญา เชาวลิขิต และคณะ, 2544 : 141)

### 3. ความแตกต่างของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไข

นักศึกษาชั้นปีที่ 3 พบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยรวม และในองค์ประกอบที่ 1 การขาดความร่วมมือเพื่อมาตรฐานการดูแล สูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานกำหนดไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อูวีนีน และคณะ (2004) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้ายที่มีประสบการณ์

ในการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะฝึกภาคปฏิบัติ มีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มากกว่านักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร พวงวราพันธ์ (2533) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีประสบการณ์การเรียนรู้ทางการพยาบาล และพฤติกรรมจริยธรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยมากขึ้น มีลักษณะการปฏิบัติงานในเวรป่วย ดีก ทำให้นักศึกษามีอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ประกอบกับการดูแลนิเทศอย่างใกล้ชิดจากอาจารย์นิเทศ และพยาบาลที่เลี้ยงดูลงตามระดับความสามารถของนักศึกษาที่เพิ่มขึ้น ทำให้นักศึกษามีโอกาสพบสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้นักศึกษารู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจหรือคับข้องใจ จะต้องตัดสินใจเลือกกระทำกรอย่างใดอย่างหนึ่ง และเกิดความขัดแย้งในตัวเองว่าควรตัดสินใจอย่างไร ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่นักศึกษาต้องเผชิญด้วยตนเอง และอาจต้องตัดสินใจด้วยตัวนักศึกษาเองในขณะนั้นด้วย จึงทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 3 พบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยรวมสูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2

นักศึกษาที่อยู่ในระดับชั้นปีแตกต่างกันใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยรวม และรายองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานกำหนด และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอูวีนีน และคณะ (2004) ที่พบว่านักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในการฝึกภาคปฏิบัติจะมีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม สูงกว่านักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้ายมีความสามารถในการตัดสินใจทางจริยธรรมสูงกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลการวิจัยคะแนนเฉลี่ยประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยรวม และ

รายองค์ประกอบที่นักศึกษาพยาบาลพบอยู่ในระดับน้อย  
ทุกองค์ประกอบจึงทำให้อาจไม่จำเป็นต้องใช้การตัดสินใจ  
เชิงจริยธรรมหรือการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม  
ประกอบกับในการวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์การแก้ไขประเด็น  
ขัดแย้งทางจริยธรรมที่เป็นวิธีการเผชิญปัญหา (Coping)  
เฉพาะบุคคลมิได้หมายถึงกระบวนการตัดสินใจ  
เชิงจริยธรรมอย่างเป็นระบบ และกลุ่มตัวอย่างในการ  
วิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในช่วงวัยเดียวกัน  
คือวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มี  
เหตุมีผลในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เหมาะสม  
(มาลินี จุฑะรพ, 2537) รูปแบบ การเผชิญปัญหาจึงไม่  
แตกต่างกันจึงทำให้นักศึกษาที่อยู่ในระดับชั้นปีแตกต่างกัน  
ใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไม่แตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควร  
ส่งเสริมให้มีการสอนสอดแทรกจริยธรรมในทุกรายวิชา  
อย่างเป็นรูปธรรม และต่อเนื่อง รวมทั้งควรจัดการเรียน  
การสอนที่เสริมสร้างประสบการณ์ให้นักศึกษาได้เรียนรู้  
เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลของวิชาชีพการพยาบาล  
บทบาทหน้าที่ต่อวิชาชีพและต่อตนเอง และการใช้วิธี  
การพูดคุยปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทาง  
จริยธรรมอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ตลอดจน  
ควรมีการวัด และประเมินผลที่ชัดเจนเกี่ยวกับจริยธรรม  
ของนักศึกษาพยาบาลทั้งในรายวิชาภาคทฤษฎี และ  
ภาคปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้นักศึกษาได้รับการพัฒนาด้าน  
จริยธรรมอย่างมีคุณภาพต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา รักชาติ. (2543). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน  
หอผู้ป่วยหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นที เกื้อกูลกิจการ. (2542). **จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล : ปัญหา และแนวทางแก้ไข**. **วารสารพยาบาล  
สงขลานครินทร์**. 19 (มกราคม-เมษายน) : 76-85.
- ทัศนีย์ นนทะสร, รพีพรรณ ควด่างเกียรติ, สุนีย์ ละกำป็น และเบญจมา เตากล่ำ. (2545). **พฤติกรรมการสอน  
และรูปแบบการสอนวิชาจริยศาสตร์สำหรับพยาบาลของอาจารย์พยาบาล**. **วารสารการศึกษาพยาบาล**. 13  
(พฤษภาคม - สิงหาคม) : 56-67
- ทิตินา เขมณี. (2545). **ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดระบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2  
(ฉบับพิมพ์เพิ่มเติม). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประมวลรายวิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2545**. (มปป.) สถาบันพระบรมราชชนก  
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- มาลินี จุฑะรพ. (2537). “บทที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับจิตวิทยาพัฒนาการของมนุษย์” ใน **จิตวิทยาการเรียน  
การสอน**. หน้า 3-23. กรุงเทพฯ : ทิพย์วิสุทธิ์.

- เยาวลักษณ์ บรรจงปรง และคณะ. (2536). **การจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต**. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- วณิชชา พึ่งชมพู และชมาพร โสฬสวัสดิ์กุล. (2547). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก**. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพร พวงวราพันธ์. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเรียนรู้ทางการพยาบาลกับพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สงัด อุทรานันท์. (2532). **เทคนิคการจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มิตรสยาม.
- อรัญญา เชาวลิต, ประคอง อินทรสมบัติ, วันดี สุทธิรังสี, วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, และพรจันทร์ สุวรรณชาติ. บรรณาธิการ. (2545). **คู่มือการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต**. ทบวงมหาวิทยาลัย.
- อรัญญา เชาวลิต, วันดี สุทธิรังสี, และถนอมศรี อินทนนท์. (2544). การพัฒนาเครื่องมือประเมินประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล. **วารสารวิจัยทางการแพทย์**. 5 (พฤษภาคม - สิงหาคม) : 140-155.
- อรัญญา เชาวลิต, และวันดี สุทธิรังสี. (2544). การพัฒนาหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิตด้านจริยธรรม. ในเอกสาร **ประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตรศึกษา ครั้งที่ 3 การพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย วันที่ 23-25 กรกฎาคม 2544**. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- Aranya Chaowalit et al. (1999). "Ethical problems in nursing practice experiences by student in southern thailand." **Thai Journal nursing Research**. 5(May-August) : 132-146.
- Auvinen, J., Suominen, T., Leino-Kilpi, H., and Helkama, K. (2004). "The development of moral judgment during nursing education in Finland." **Nurse Education Today** 24 (July) : 538-546.
- Carper BA. (1992). Fundamental patterns of knowing in nursing. In Nicoll LH. Editor. **Perspectives on nursing theory**. Page 216-244. Philadelphia: JB. Lippincott.
- Reilly, D.E. & Oerman, M.H. (1992). **Clinical teaching in nursing education**. 2 nd edition. Philadelphia : Mosby-Year Book, Inc



## รายงานการวิจัย

### ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติ บทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด

อรทัย ศิลป์ประกอบ\*  
นิตยา ตากวิริยะนันท์\*\*  
ปรียกมล รัชกุล\*\*\*

Sinprakob, O. Takviriyannun, N. and Ratchanagul, P.

The Effectiveness of a Maternal Support Group

Program on the Stress Level and Maternal Role of Mothers of Premature Infants.

TJN : (2008) : (3-4) : 60-74

Keyword : Support group program, Stress, Maternal role, Mothers of preterm infants

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด 40 รายจากโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดา ร่วมกับการดูแลตามปกติ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล และการฝึกทักษะเฉพาะเรื่องเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียดสำหรับมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด

และแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทมารดา ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงก่อนใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติที (Independent t-test)

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง มารดาทั้งสองกลุ่ม มีความเครียดค่อนข้างสูง และปฏิบัติบทบาทมารดาได้ค่อนข้างต่ำ ภายหลังจากทดลองพบว่า มารดาทั้งสองกลุ่มมีความเครียดลดลง และปฏิบัติบทบาทมารดาได้มากขึ้น โดยผลต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียด และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดา ระหว่างก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $p < .001$ ) ตามลำดับ

\* พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลปทุมธานี

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

### Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to determine the effects of a maternal support group program on the stress level and maternal role in mothers of preterm infants. Forty mothers of preterm infants from 2 general hospital were participated in this study and equally divided into the control and the experimental group (n= 20 for each group). The control group received only a standard care while the experimental group received both the standard care and the support program, which consists of emotional support, information support, and a specific skills training, twice a week for 3 weeks. A stress questionnaire together with a maternal role checklist were provided to collect the data. Content validity and internal reliability of the instruments were tested before data collection. Descriptive statistics, Chi-square-test, and Independent t-test were used to analyze the data.

The results of the study indicated that before the experiment both groups had a moderate to high level of stress and low level of maternal role. After the experiment, the differences of mean stress score and mean maternal role score between pre and post test in the experimental group were significantly higher than those of the control group. ( $p < .05$  and  $p < .001$ , respectively)

### ความสำคัญของปัญหา

แม้ว่าอัตราการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจะไม่สูงนัก โดยพบว่า อยู่ระหว่างร้อยละ 11-13 ในปี พ.ศ. 2544-2548 (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) แต่สองในสามของทารกน้ำหนักน้อยเหล่านี้เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากกลุ่มอาการหายใจลำบาก และการติดเชื้อ (กิตติ อังศ์สิงห์ และคณะ, 2542) โดยส่วนใหญ่แล้วมารดาที่คลอดก่อนกำหนดมักมีความเครียด เนื่องจากลักษณะทารกที่ตัวเล็ก และหายใจลำบาก ทำให้ต้องอยู่ในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด และไม่แน่ใจว่าทารกจะมีชีวิตรอดหรือไม่ (ลักขณา สรวิวัฒน์, 2544) การถูกแยกจากทารก เมื่อทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดทำให้ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ (Miles & Carter, 1983; Miles et al 2002; Kim, 2000) ไม่มั่นใจในการดูแลบุตร และต้องการความช่วยเหลือ และการสนับสนุนต่างๆ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสารอารมณ์และสิ่งของ ทั้งจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางสาธารณสุข (จุฑารัตน์ มีสุขโข, 2540)

อย่างไรก็ตาม พบว่า มารดากลุ่มนี้ได้รับการตอบสนองต่ำกว่าความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านการปฏิบัติบทบาทมารดา (เนตรทอง ทะยา และคณะ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วงที่ผ่านมาพบว่าการช่วยเหลือส่วนใหญ่ มักเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปัจจุบัน แนวทางการรักษาที่บุตรได้รับ รวมถึงการเตรียมตัวและการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล (ตัวอย่างเช่น การศึกษาของจิตรสุดา นูรี, 2549; อุดมญา พันธินิตย์, 2544; Bernadette, 2006) โดยพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะปรากฏของทารกคลอดก่อนกำหนด ทางร่างกาย พฤติกรรมการแสดงออก ความสนใจ การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ระยะหลับ / ตื่นของทารก การเคลื่อนไหว การดูแลให้นมบุตร และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด ตลอดจนการอธิบายให้มารดาเข้าใจในพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพทำให้มารดากลุ่มดังกล่าว มีระดับความเครียดลดลง มีความมั่นใจในการทำบทบาทหน้าที่มารดา และมีพฤติกรรม

การดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่ไม่ได้ข้อมูลดังกล่าว (Melnyk et al., 2006; Browne & Talmi, 2005)

สำหรับวิธีการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (บุษกร ผาสุชาติ, 2544) ร่วมกับการให้เห็นตัวแบบในการปฏิบัติการสาธิต และการใช้คำพูดชักจูง (สุภาวดี นาคสุขุม, 2544; ศศิธร สัตนหักดิ์ และคณะ, 2548) พบว่า ทำให้มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้วยวิธีดังกล่าว มีระดับความเครียด / วิตกกังวลลดลง มีความรู้ในการดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลบุตร มีความรู้สึกรักใคร่ผูกพันกับบุตรมากกว่า และแสดงพฤติกรรมในการดูแลบุตรได้ดีกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลด้วยวิธีการดังกล่าว และพบว่า การให้มารดาที่มีประสบการณ์คลอดบุตรก่อนกำหนด มาเป็นที่ปรึกษา ให้กับมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดรายใหม่ สามารถช่วยให้มารดากลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือด้วยวิธีการดังกล่าว มีระดับความเครียดน้อยกว่าและสามารถยอมรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้มากกว่า มารดากลุ่มที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือด้วยวิธีการดังกล่าว (Predy & Ardal, 2003)

ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อบรรเทาความเครียดของมารดากลุ่มนี้มีค่อนข้างน้อย พบว่า มีการบรรเทาความเครียด โดยใช้การทำสมาธิเพียงวิธีเดียว (เช่นการศึกษาของ ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542) ทั้งที่เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด โดยการหายใจแบบช่องท้อง ด้วยกลัมนี้ออกกระบังลม จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น และเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด ทำให้เกิดความสงบ และมีสภาวะผ่อนคลาย สามารถนำมาใช้ควบคุม และปลดปล่อยความเครียดได้เป็นอย่างดี (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548; อินทิรา ปัทมินทร, 2548)

นอกจากนี้การฝึกทักษะในการดูแลบุตร น้ำหนักน้อยที่มีปัญหาการหายใจ ทั้งที่เป็นทักษะสำคัญของมารดา กลุ่มนี้กลับมีค่อนข้างน้อย (เช่นการศึกษาของ สมทรง เค้าฝ่าย, 2541) อีกทั้งไม่พบว่ามี การฝึกทักษะ

การกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการช่วยให้มารดาเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น หรือคงไว้ ซึ่งแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น การขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว การขอความช่วยเหลือด้านข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องเกี่ยวกับอาการของบุตร สิทธิการขึ้นทะเบียนบัตรของสำหรับบุตร และระบบเครือข่ายส่งต่อการรักษา ตลอดจนไม่พบว่ามี การช่วยเหลือด้วยการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ ทั้งที่การสนับสนุนดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับมารดากลุ่มนี้

จากการสำรวจปัญหา และความต้องการเบื้องต้นของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดของผู้วิจัย ในปี พ.ศ.2552 พบว่า มารดามีความเครียดเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดงของบุตร ผลข้างเคียงจากการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น แนวทางการดูแล/รักษาที่บุตรได้รับ จนกระทั่งบุตรสามารถกลับบ้านได้ สิ่งใดบ้างที่มารดาสามารถช่วยเหลือบุตรได้ สำหรับมารดาบางรายที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ/สังคม ครอบครัวขาดแหล่งสนับสนุน ต้องการทราบว่า ตนเองจะขอความช่วยเหลือจากที่ใดได้บ้าง

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดานี้ พัฒนามาจากปัญหา และความต้องการของมารดากลุ่มนี้ร่วมกับการผสมผสานวิธีการช่วยเหลือที่ให้ผลดีในการช่วยให้มารดามีความเครียดลดลงและสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ดีขึ้น โปรแกรมในการศึกษาคั้งนี้ จึงมีการประยุกต์ การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยใช้การประคับประคองด้านจิตใจผ่านกระบวนการกลุ่ม ระหว่างมารดาที่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดบุตรก่อนกำหนดมาแล้ว และปรับตัวได้ดีกับมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดรายใหม่ เพื่อให้มารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดรายใหม่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับตัวต่อปัญหาจากผู้มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน และผ่านพ้นปัญหามาได้ ร่วมกับการสนับสนุนข้อมูลที่จำเป็นโดยผู้วิจัย เกี่ยวกับอาการแสดงของทารก การดูแล/การรักษา การฝึกทักษะจำเป็นบางเรื่อง เช่น ทักษะการผ่อนคลาย

ความเครียด ทักษะการปฏิบัติบทบาทมารดา ทักษะการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม และการสนับสนุนสิ่งของ โดยหวังว่าการช่วยเหลือสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้มารดาปรับการรับรู้เหตุการณ์ตึงเครียดจากการมีบุตรคลอดก่อนกำหนด และบุตรต้องอยู่ในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิดให้เป็นไปในทางบวก มีแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวเพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ การศึกษานี้จึงมีขึ้น เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดา ระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาของมารดาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนามาจากทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการปรับตัวของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) แนวคิดทฤษฎีอธิบายว่าความเครียด เป็นผลมาจากการประเมินของบุคคลว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญกับตนเอง และตนเองมีแหล่งประโยชน์เพียงพอในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นหรือไม่ ผลลัพธ์การประเมินมี 2 ลักษณะคือ บุคคลจะรู้ว่าตนเองรู้สึกเครียดหรือไม่เครียด โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยด้านตัวบุคคล ผลลัพธ์ของการประเมินอาจแสดงออกโดย ถ้ารู้สึกเครียดบุคคลจะใช้กลไกในการเผชิญความเครียด เพื่อให้ตนเองอยู่ในภาวะสมดุลแล้วประเมินซ้ำ จนกระทั่งปรับตัวได้ ซึ่งผลลัพธ์ในการปรับตัวแสดงออกใน 3 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ

การคลอดก่อนกำหนด เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้มารดาหลายคนเกิดภาวะเครียด โดยอาจรู้สึกเป็นอันตราย สูญเสียหรือเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามหรือทำลาย เนื่องจากเหตุการณ์ผิดปกตินี้ เป็นเหตุการณ์ใหม่ที่มารดาไม่เคยประสบมาก่อนมารดาจะรู้สึกคลุมเครือไม่แน่นอน ทำนายผลที่จะตามมาไม่ได้ เพราะบุตรตัวเล็ก น้ำหนักน้อย และไม่มั่นใจว่าจะสามารถผ่านเหตุการณ์นั้นไปได้หรือไม่ ร่วมกับไม่มีทักษะในการดูแลบุตรที่คลอดก่อนกำหนดมาก่อน

การช่วยเหลือด้วยการสนับสนุน ด้านจิตใจ/อารมณ์ โดยให้ระบายความรู้สึกเครียด/กังวล แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์กับมารดาที่เคยผ่านประสบการณ์ และปรับตัวได้ดี ร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ/อาการแสดง แนวทางในการดูแลรักษา แหล่งประโยชน์ทางสังคม และการฝึกทักษะต่างๆ เช่น ฝึกการผ่อนคลายความเครียด ฝึกปฏิบัติบทบาทมารดา และฝึกทักษะการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม จะช่วยให้มารดาปรับวิธีการประเมินเหตุการณ์ โดยปรับการรับรู้ ความรุนแรง ความคลุมเครือ ไม่แน่นอนของเหตุการณ์ลง และเพิ่มการรับรู้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา ซึ่งผลของการเพิ่มแหล่งประโยชน์เหล่านี้ จะช่วยในการเผชิญปัญหาทั้งด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ และด้านการมุ่งแก้ปัญหา ทำให้มารดาประเมินซ้ำ และตัดสินใจใหม่ หากมารดาปรับตัวได้ดีขึ้น ก็จะประเมินว่าเครียดลดลง และปฏิบัติบทบาทมารดาได้ดีขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงวัดผลลัพธ์ 2 เรื่อง คือ ระดับความเครียด และการปฏิบัติบทบาทมารดา โดยที่การปฏิบัติบทบาทมารดาเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ตามแนวคิดของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และระดับความเครียดเป็นผลจากการประเมินซ้ำในเหตุการณ์เดิม เมื่อปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินเปลี่ยนไปภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดา มารดาจะใช้กลไกการเผชิญความเครียด

## สมมติฐานการวิจัย

1. ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design)

## กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมธานีและโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนธันวาคม 2551-กุมภาพันธ์ 2552 จำนวน 40 คน โรงพยาบาลละ 20 คน โดยที่โรงพยาบาลทั้งสองเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีลักษณะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิดคล้ายคลึงกัน

การสุ่มตัวอย่างทำโดยการจับสลากสุ่มโรงพยาบาลเพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จนครบโรงพยาบาลละ 20 คน สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกมีดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 18 - 40 ปี คลอดบุตรก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และเป็นประสบการณ์ครั้งแรกของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด 2) สามารถเข้าเยี่ยมบุตรได้ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังจากบุตรเข้ารับรักษา 3) ไม่มีปัญหาในการสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือให้การทดลอง ได้แก่โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาซึ่งพัฒนามาจากปัญหา และความ ต้องการจริงของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการปรับตัวของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม โดยมีแนวคิดหลักของสาระกิจกรรมสามแนวคิด คือ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลที่จำเป็น เพื่อให้มารดาได้รับการรับรู้ข้อมูลให้ตรงตามความเป็นจริง 2) การสนับสนุนด้านจิตใจ และอารมณ์จากมารดาที่ปรับตัวได้สำเร็จ ภายหลังการคลอดบุตรก่อนกำหนด เพื่อให้มารดาได้เรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ และเกิดความหวังในทางบวกว่าตนเองจะสามารถผ่านเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดครั้งนี้ไปได้เช่นเดียวกัน และ 3) การฝึกทักษะเฉพาะเรื่อง เช่น ทักษะการปฏิบัติบทบาทมารดาที่มีบุตรน้ำหนักตัวน้อย และมีปัญหาการหายใจ ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสม และทักษะการผ่อนคลายความคลาย วิธีการฝึกทำโดยกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้มารดาเกิดความสนใจในการเรียนรู้ ตลอดจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทมารดา การทดลองใช้เวลา 3 สัปดาห์ ละ 2 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที

สำหรับกิจกรรมทั้งหกกิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้กับมารดาเกี่ยวกับสาเหตุการคลอดก่อนกำหนด อาการ/อาการแสดง แผนการดูแล/รักษาของบุตร 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของบุตร เพื่อให้มารดาสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม 3) การฝึกทักษะการปฏิบัติบทบาทมารดา 4) การให้มารดาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมกับมารดาที่เคยผ่านประสบการณ์ใกล้เคียงกัน และสามารถปรับตัวได้ดี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม 5) การฝึกทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมทั้งในฐานะเป็นผู้ให้ และผู้ขอรับความ

ช่วยเหลือ และ 6) การแจ้งแหล่งประโยชน์ทางสังคม เพื่อให้มารดาทราบแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ตนเอง มีอยู่เดิม และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในระบบการช่วยเหลือ

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลด้านมารดา และด้านทารก

2.2 แบบวัดความเครียดสำหรับมารดา เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ให้มารดาประเมินความเครียดของตนเองต่อเหตุการณ์คลอดบุตร ก่อนกำหนด และบุตรต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด จำนวน 1 ข้อ โดยให้มารดาทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงที่มีคะแนน 0-10 โดยที่ 0=ไม่เครียดเลย และ 10=เครียดมากที่สุด

2.3 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดหลักการดูแลทารกชั้นพื้นฐาน 9 ประการของเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์ (2545) ร่วมกับของจุฑารัตน์ มีสุขไช (2540) คำถามจะเกี่ยวข้องกับความถี่ในการแสดงพฤติกรรมดูแลบุตรคลอดก่อนกำหนดที่ต้องรักษาตัวในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิดรวมเก้าด้าน จำนวน 50 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ โดยที่ 0=ไม่ได้ปฏิบัติเลย จนถึง 4=ปฏิบัติเป็นประจำ วันละ 7 ครั้งขึ้นไป โดยมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 200 คะแนน โดย 0=มารดาไม่ได้ปฏิบัติบทบาทมารดาเลย และ 200=มารดาสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ดีมาก โดยที่ คะแนนยิ่งสูง หมายถึง มารดาที่มีความสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ดี

เครื่องมือทั้งสองชนิดได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพก่อนทดลองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเครื่องมือให้การทดลองได้ถูกตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของการนำไปใช้ ส่วนเครื่องมือเก็บข้อมูลได้ถูกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content

validity) และความเที่ยงภายใน สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทมารดา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 (n=10) และ .98 (n=40)

## การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ โดยผู้วิจัย ได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายทราบถึงวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีดำเนินการทดลอง ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการวิจัย ตลอดจนการปกป้องสิทธิจากผู้วิจัยในเรื่อง ความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับ และการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อต้องการ ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การทดลองโดยมีมารดาที่มีประสบการณ์การปรับตัวได้สำเร็จต่อเหตุการณ์ที่คลอดบุตรก่อนกำหนดเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และมีพยาบาลวิชาชีพชำนาญการในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 4 คน เป็นผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล (โรงพยาบาลละ 2 คน) การดำเนินการทดลองได้ทำพร้อมกัน ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดา ร่วมกับการดูแลตามปกติเมื่อมารดา มาเยี่ยมบุตรครั้งแรกในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ให้มารดาตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ประกอบด้วย แบบบันทึกส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด สำหรับมารดา และแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด หลังจากนั้นดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ โดยจัดสัปดาห์ละ 2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองได้ขอให้มารดาตอบแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้งทันที

การให้การทดลองจัดในลักษณะกลุ่มเปิด คือ เปิดรับสมาชิกใหม่ได้ตลอดเวลา เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มากพอที่จะเริ่มต้น และสิ้นสุดกิจกรรมในช่วงเวลาเดียวกันได้ โปรแกรมฯ นี้ จึงถูกออกแบบให้ไม่มีความจำเป็นต้องเรียงตามลำดับกิจกรรม เพียงแต่กลุ่มตัวอย่างจะต้องได้รับกิจกรรมครบทั้ง 6 ครั้ง

และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมครั้งที่เท่าใด ผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมหลักสี่เรื่องต่อไปนี้ไว้ในทุกชุดกิจกรรม คือ 1) การสอน/สาธิต และให้มารดาฝึกหายใจแบบช่องท้อง เพื่อให้ผ่อนคลายอารมณ์ตึงเครียด มีสมาธิในการรับทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ 2) การเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก และได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ/อารมณ์จากผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม 3) การเปิดโอกาสให้มารดาได้รับทราบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับ อาการ/อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น / แผนการดูแลรักษาบุตรที่คลอดก่อนกำหนดของมารดาแต่ละคน จากผู้นำกลุ่ม และจัดโอกาสให้มารดาได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้ดูแลตามความเหมาะสมขณะเยี่ยมบุตรในหน่วยงานและ 4) การจัดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมกับพยาบาลในการปฏิบัติบทบาทมารดาขณะที่มารดาเข้าเยี่ยมบุตรในหน่วยงานตามความต้องการของมารดาในการเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มได้เก็บบันทึกว่ากลุ่มตัวอย่าง แต่ละคนผ่านกิจกรรมใดไปแล้วบ้าง เพื่อที่จะได้ไม่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมซ้ำ

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล การเก็บข้อมูลทำโดยให้มารดาทำแบบบันทึกส่วนบุคคลแบบวัดความเครียดสำหรับมารดา แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อมารดามาเยี่ยมบุตร

ครั้งแรกในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด และครั้งที่สองภายหลังจากที่มารดาเยี่ยมทารก ครั้งแรก 3 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของมารดาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของมารดาและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดา (dx) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (Independent t - test)

### ผลการวิจัย

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

##### ข้อมูลด้านมารดา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 50.0) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา (ร้อยละ 75.0 และ 70.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) มีรายได้ระหว่าง < 5,000-15,000 บาท (ร้อยละ 80.0 และ 60.0 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.0 และ 85.0 ตามลำดับ) มีการฝากครรภ์ (ร้อยละ 85.0 และ 75.0 ตามลำดับ) โดยมีความแตกต่างกันในบางประเด็นดังนี้

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 70.0) เป็นมารดาครรภ์แรก (ร้อยละ 75.0) และมีอายุครรภ์ระหว่าง 26 - 37 สัปดาห์ในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 20.0 - 30.0) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ (ร้อยละ 50.0) เป็นมารดาครรภ์แรก และครรภ์ที่สองใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 45.0 และ 40.0 ตามลำดับ) และมีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 32-34 สัปดาห์ (ร้อยละ 40.0)

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลำดับครรภ์ การฝากครรภ์และอายุครรภ์ของมารดา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติโค-สแควร์ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

### ข้อมูลด้านทารก

ผลการศึกษา พบว่า ทารกของมารดาทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทุกคนได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด และมีภาวะของกลุ่มอาการหายใจลำบากร่วมด้วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.0 และ 60.0 ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ) มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ระหว่าง 1,501-2,500 กรัมเหมือนกัน (ร้อยละ 50.0) มีคะแนนลักษณะอาการแรกคลอดที่ 5 นาที อยู่ระหว่าง 8-10 (ร้อยละ 80.0 และ 85.0 ตามลำดับ) ต้องได้รับการช่วยเหลือแรกคลอด (ร้อยละ 80.0 และ 70.0 ตามลำดับ) ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 50.0) ต้องได้รับการช่วยเกี่ยวกับการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (ร้อยละ 100.0 และ 95.0 ตามลำดับ) และต้องได้รับการช่วยเกี่ยวกับการรับนมทางปาก (ร้อยละ 85.0 และ 75.0 ตามลำดับ)

สำหรับประเด็นที่พบว่ามี ความแตกต่าง คือ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรกของครอบครัว (ร้อยละ 65.0) ทารกมีอายุเมื่อมารดาพบนักวิจัยครั้งแรก ระหว่าง 7-8 วัน (ร้อยละ 40.0) ส่วนในกลุ่มควบคุม เป็นบุตรคนที่ 1 และ 2 ของครอบครัวในจำนวนที่เท่ากัน (ร้อยละ 40.0) มีอายุเมื่อมารดาพบนักวิจัยครั้งแรก ระหว่าง 1 - 3 วัน (ร้อยละ 55.0)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของทารกในด้าน การวินิจฉัยโรค เพศ น้ำหนักแรกคลอด คะแนนลักษณะอาการแรกคลอดที่ 5 นาที การช่วยเหลือแรกคลอด การใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การได้รับการ

ช่วยเกี่ยวกับการรับนมทางปาก ลำดับการเป็นบุตรในครอบครัวและอายุของทารกเมื่อมารดาพบนักวิจัยครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติโค-สแควร์ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) นั่นคือ ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีคุณสมบัติทั่วไปด้านมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน

### ความเครียดในการมีบุตรคลอดก่อนกำหนด

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีพิสัยคะแนนเฉลี่ยความเครียด = 5-10 ส่วนกลุ่มควบคุมมีพิสัยคะแนนเฉลี่ยความเครียด = 2-10 โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ( $X_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 8.70, S.D. = 2.05$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $X_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 6.90; S.D. = 2.35$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.57, p < 0.05$ ) ภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ( $X_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 4.45, S.D. = 2.78 ; X_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 4.40, S.D. = 1.50$ ) และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $t = .07, p > 0.05$ )

เมื่อเปรียบเทียบ ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดของมารดา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียด ( $dX_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 4.25, S.D. = 3.25$ ) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $dX_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 2.50, S.D. = 1.87$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.08, p < 0.05$ ) (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1) ซึ่งแสดงว่า โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาสามารถทำให้ความเครียดของมารดาลดลง

### การปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด

ก่อนการทดลองพิสัยคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทของกลุ่มทดลอง = 12 - 156 ส่วนกลุ่มควบคุม



มีพิสัยคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาท = 0-158 ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดา ก่อนข้างต่ำ ( $X_{\text{กลุ่มทดลอง}}=46.95$ , S.D.= 34.88;  $X_{\text{กลุ่มควบคุม}}=59.50$ , S.D.= 42.20) และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 1.03$ ,  $p > 0.05$ ) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $X_{\text{กลุ่มทดลอง}}=165.95$ , S.D. = 20.12;  $X_{\text{กลุ่มควบคุม}}=111.85$ , S.D.= 41.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.34$ ,  $p < 0.001$ )

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดา ก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย ( $dX_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 119.00$ , S.D. = 43.64) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $dX_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 52.35$ , S.D. = 37.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.187$ ,  $p < 0.001$ ) (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1) ซึ่งแสดงว่า โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดา ทำให้มารดาสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ดีขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=20)				กลุ่มควบคุม (n=20)				t-value
	X	S.D.	dX	S.D.	X	S.D.	dX	S.D.	
<b>ความเครียด</b>									
ก่อนทดลอง	8.70	2.05			6.90	2.35			
หลังทดลอง	4.45	2.78	4.25	3.25	4.40	1.50	2.50	1.87	2.08*
<b>การปฏิบัติบทบาทมารดา</b>									
ก่อนทดลอง	46.95	34.88			59.50	42.20			
หลังทดลอง	165.95	20.12	119.00	43.64	111.85	41.75	52.35	37.84	5.19***

\* $p < 0.05$ , \*\*\* $p < 0.001$

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน ( $X_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 8.70$ , S.D. = 2.05,  $X_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 6.90$ ; S.D.=2.35) อธิบายได้ว่าการคลอดบุตรก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักตัวน้อย จนเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายถึงชีวิต เป็นประสบการณ์ใหม่ที่มารดาไม่เคยประสบมาก่อน แม้มารดา

บางคนจะเคยคลอดบุตรปกติมาแล้ว มารดาก็ยังรู้สึกคลุมเครือไม่แน่นอน เพราะการที่บุตรตัวเล็ก และมีปัญหาการหายใจทำให้มารดาไม่มั่นใจว่าทารกสามารถมีชีวิตรอดหรือไม่และหากมีชีวิตรอดทารกจะมีความบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญาหรือไม่ (Miles et al, 1991; Miles et al, 1992; Miles et al, 1993; Franck et al, 2005; lane et al, 2005)

ภายหลังการทดลองพบว่า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลง อยู่ในระดับปานกลาง ( $X_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 4.45$ , S.D. = 2.78;  $X_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 4.40$ , S.D. = 1.50) และไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = .07$ ,  $p > 0.05$ ) การที่ ความเครียดลดลงต่ำลงนี้ทั้งสองกลุ่มอาจเนื่องมาจากภาวะการณ ์เจ็บป่วยของบุตรดีขึ้น โดยสังเกตได้จากทารกสามารถ หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ สามารถควบคุมอุณหภูมิ ร่างกายได้เอง สามารถดูนมได้เอง ทำให้มารดา เกิดความหวังในทางบวกทำให้มารดาปรับตัวได้ดีขึ้น ความเครียดลดลง และมารดาสามารถปฏิบัติบทบาท มารดา ได้มากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ย ความเครียดของมารดา ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลอง มีผลต่างคะแนนเฉลี่ย ความเครียด ( $dX_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 4.25$ ) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $dX_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 2.50$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.08$ ,  $p < 0.05$ ) ซึ่ง แสดงว่าโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดา สามารถทำให้ ความเครียดของมารดาลดลง อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยให้ กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเท็จจริง เกี่ยวกับบุตร และรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือตนเองมากขึ้น ประกอบกับเมื่อมารดาได้รับกำลังใจจากสมาชิก กลุ่มที่เคยประสบกับปัญหาลักษณะเดียวกัน และสามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นปัญหามาได้ ทำให้มารดา เกิดความหวังในทางบวกว่าตนเอง จะสามารถผ่านพ้น ปัญหาไปได้เช่นเดียวกัน รวมทั้งเกิดการเรียนรู้ ประสบการณ์ และการแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น ทำให้มารดาประเมินการรับรู้เหตุการณ์ และแหล่ง ประโยชน์หรือทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นใหม่ ซึ่งการช่วยเหลือในลักษณะนี้ ทำให้ความเครียดของ มารดากลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม จนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทิวา ชูเชื้อ (2542) ที่พบว่า การช่วยเหลือด้วย ภาระบวกรกลุ่ม ในมารดาเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อน ระดับปานกลาง และการศึกษาของยุพิน แก้วนา (2547) ในกลุ่มบิดา/มารดาเด็กสมองพิการพบว่า สมาชิกที่ เข้ากลุ่มมีความเครียด/วิตกกังวลลดลง และอยู่ในระดับ ต่ำกว่าสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่ม และยังสอดคล้องกับ ผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความช่วยเหลือมารดา ที่คลอดบุตรก่อนกำหนดในลักษณะต่างๆ ต่อระดับความ เครียดของมารดา เช่น การให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกัน และกันกับพยาบาลในการดูแลบุตร (กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ, 2546; ปังกร สิงห์กล้า, 2550) การให้โปรแกรมแบบจับคู่ การปรึกษาระหว่างกันของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด (Michele & Frida, 2003) การให้มารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ บุตรก่อนเข้าเยี่ยมบุตรในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด (พรประภา โจนะวงศกร และคณะ, 2541) และการจัดมารดา ที่เคยมีประสบการณ์คลอดบุตรก่อนกำหนดมาให้การ ประคับประคองด้านจิตใจแก่มารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด (Melissa Chavez, 2007) ซึ่งกิจกรรมในลักษณะดังกล่าว สามารถทำให้มารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความเครียด ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ในด้านการปฏิบัติกรปฏิบัติบทบาทมารดา ก่อน การทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ บทบาทมารดาค่อนข้างต่ำ ( $X_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 46.95$ , S.D. = 34.88;  $X_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 59.50$ , S.D. = 42.20) และไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 1.03$ ,  $p > 0.05$ ) อาจเนื่องจากมารดาทั้งสองกลุ่มไม่มีประสบการณ์ การดูแลบุตรที่น้ำหนักตัวน้อย และมีปัญหาการหายใจ ซึ่งทารกกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากร ทางการแพทย์ (สาธิต โหตระถิตย์, 2542)

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย สูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $X_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 165.95$ , S.D. = 20.12;  $X_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 111.85$ , S.D. = 41.75) อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ( $t = 4.34$ ,  $p < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบ

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดา ก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที (Independent t - test) พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย ( $dX_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 119.00$ , S.D. = 43.64) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $dX_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 52.35$ , S.D. = 37.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.187$ ,  $p < 0.001$ ) แสดงว่า โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดา สามารถช่วยให้มารดาปฏิบัติบทบาทได้ดีขึ้น อาจอธิบายได้ว่า การได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้มารดากลุ่มควบคุมปรับตัวและเรียนรู้ประสบการณ์ในการปฏิบัติบทบาทมารดาได้มากขึ้น แต่ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดโดยได้รับความรู้ และได้ฝึกทักษะการปฏิบัติบทบาทมารดา กับ หุ่นทารกแรกเกิด จนเกิดความเข้าใจ และมั่นใจก่อนการปฏิบัติจริงกับบุตร ร่วมกับการได้รับโอกาสเข้าเยี่ยมบุตรในหน่วยงาน ทำให้มารดาเกิดทักษะ/ความชำนาญเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม จนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการช่วยเหลือนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่านที่พบว่า การที่มารดาได้รับการเตรียมตัวการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้มารดา มีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรดีกว่ากลุ่มควบคุม (สมทรง เค้าฝ่าย, 2541; ปิยะนารถ พรหมมาสกุล, 2545) และการฝึกทักษะการปฏิบัติบทบาทมารดา กับ หุ่นทารกแรกเกิด โดยกระบวนการกลุ่มทำให้มารดา มีความสนใจในการปฏิบัติ ตลอดจนการจัดโอกาสให้ปฏิบัติบทบาทมารดา ขณะเยี่ยมบุตรในหน่วยงาน ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในการแสดงบทบาทมารดา และการได้ปฏิบัติบทบาทมารดาบ่อยครั้งในการเยี่ยมบุตร ช่วยเสริมให้มารดา มีสร้าง ความมั่นใจให้แก่มารดาว่าจะสามารถดูแลบุตรของตนเองเพิ่มขึ้นได้เป็น อย่างดีในระยะต่อไป (โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว, 2549)

### ข้อจำกัดในการวิจัย

แม้ว่าโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาที่พัฒนาขึ้นนี้จะพัฒนามาจากความต้องการของมารดากลุ่มนี้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการปรับตัวของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) จนสามารถช่วยให้มารดา มีความเครียดลดลง และปฏิบัติบทบาทมารดาได้ดีขึ้น แต่งานวิจัยครั้งนี้ ยังมีจุดอ่อน และข้อจำกัดบางประเด็น ดังนี้

### ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal validity)

1. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมปัจจัยบางปัจจัยที่อาจมีผลต่อการประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่างได้ เช่น การที่กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีมาก่อน อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินเหตุการณ์ว่าตนเองจัดการกับเหตุการณ์ครั้งนี้ได้ ทำให้ระดับความเครียดของมารดากลุ่มนี้ไม่สูงนัก หรือการที่มารดาให้ความสำคัญต่อบุตรมาก แม้นบุตรมีอาการป่วยทางด้านร่างกายไม่รุนแรง มารดาก็จะประเมินว่าตนเองมีความเครียดสูงได้

2. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมสภาพทารกให้มีคุณลักษณะพื้นฐานบางประการที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติบทบาทของมารดาได้ เช่น ไม่สามารถเลือกเฉพาะทารกที่มี/ไม่มีเครื่องช่วยหายใจเท่านั้น ซึ่งการมีเครื่องช่วยหายใจ มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในด้านการจัดท่านอน การอุ้ม วิธีการดูแลให้นุตรดูนม เป็นต้น การที่มีจำนวนทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงเมื่อเวลาผ่านไปไม่เท่ากันจากการที่อาการของทารกดีขึ้นจนกระทั่งหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ อาจมีผลต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในช่วงหลังของการทดลอง ทำให้มารดา มีโอกาสและสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้มากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้น

3. แม้ว่าแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทมารดาจะมีค่าความเที่ยงในระดับสูง แต่พบว่าข้อคำถามบางข้อมีประเด็นคำถามมากกว่าหนึ่งประเด็นในข้อเดียวกันหรือบางข้อต้องการความถี่ในการปฏิบัติ

แตกต่างกัน เมื่อใช้คำตอบในสเกลเดียวกันอาจทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสนในการตอบข้อความได้

#### **ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External validity)**

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีขนาดเล็ก และเป็นกรณีศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลปทุมธานี และโรงพยาบาลเชิงเทราเท่านั้น จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรลักษณะอื่นหรือในจังหวัดอื่น โดยไม่ทดสอบเนื่องจากบริบทที่ต่างกันอาจมีผลต่อความเชื่อ และการปฏิบัติที่ต่างกันได้

#### **ข้อเสนอแนะ**

##### **ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ**

พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้านกุมารเวชกรรม ควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาต่อระดับความเครียด และการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับให้มารดาที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกันซึ่ง

สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้ดี มาประดับประดาจิตใจ/อารมณ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาพร้อมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลได้ตรงประเด็น ปัญหาที่แท้จริง

#### **ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจึงควรขยายไปศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว โดยมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างหลังผ่านการทดลองเป็นระยะ ๆ เช่น ทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อติดตามประเมินความคงทนของความสามารถในการปฏิบัติบทบาทของมารดาตามโปรแกรมที่ได้พัฒนานี้
3. ควรพัฒนา ข้อคำถามบางข้อในแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทมารดา ที่อาจทำให้ผู้ตอบสับสนให้ชัดเจนขึ้น โดยแยกประเด็นคำถามข้อละหนึ่งประเด็น และปรับข้อคำถามที่มีความถี่ในการปฏิบัติต่างกันออกต่างหากแล้วทดสอบซ้ำ

### เอกสารอ้างอิง

- กมลเนตร ใฝ่ซำนาญ. (2546). **ผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกัน และกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลเด็ก.
- กิตติ อังศุสิงห์, นวลอนงค์ วิศิษฎ์สุนทร, อัจฉรา สัมบุญณานนท์, วาณี วิสุทธิ์เสวีวงศ์, และกฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศิษฎ์กุล. (2542). **กุมารเวชปฏิบัติทันยุค**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์, และวีณา จีระแพทย์. (2545). **หลักการการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน**. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว. (2549). **สายใยรักแห่งครอบครัว คู่มือปฏิบัติการเพื่อคุณภาพแม่-ลูกสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : มปท.
- จิตรสุดา บุรี. (2549). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา.
- จุฑารัตน์ มีสุขโข. (2540). **ความต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลแม่ และเด็ก.
- เนตรทอง ทะยา, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และรัตนชฎาวรรณ อยู่นาค. (มีนาคม - เมษายน 2550). **ความต้องการ และการได้รับการตอบสนองของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาใน หออภิบาลทารกแรกเกิด**. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 16 (2).
- บุญทิวา ชูเชื้อ. (2542). **ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ในมารดาของเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลาง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์.
- บุษกร ผาสุขดี. (2544). **ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร และลดความวิตกกังวลในมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด**. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาสุขศึกษา.
- ปัทมกร สิงห์กล้า. (2550). **ผลของการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งกัน และกันของมารดาต่อความเครียด และบทบาทมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก.
- ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. (2542). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด**. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลเด็ก.

- ปิยะนารถ พรหมมาสกุล. (2545). **ผลการฝึกทักษะในการดูแลทารกน้ำหนักตัวน้อยต่อความรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมมารดาดูแลบุตรของมารดา.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลมารดา และเด็ก.
- พรประภา โลจนะวงศกร และคณะ. (2541). **เปรียบเทียบผลการให้ข้อมูลมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนด ต่อระดับความเครียดของมารดาและความรักใคร่ของมารดาที่มีต่อทารก.** *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 20, 23-24.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). **การจัดการความเครียด เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต.** ครั้งที่ 1. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพิน แก้วนา. (2547). **การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทางจิตใจและอารมณ์ในบิดามารดาเด็ก สมองพิการ.** ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์.
- ลักขณา สรวิวัฒน์. (2544). **จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน.** ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ศศิธร สันหนักดี, สุธิศา ล่ามช้าง, และมาลี เอื้ออำนวย. (2548). **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์ ต่อพฤติกรรมความผูกพันระหว่างมารดาทารกของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด.** *Nursing Journal*. 32 (2).
- สมทรง คำฝาย. (2541). **ผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมมารดาดูแลทารก.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก.
- สาธิต โหตระกิตย์. (2542). **Neonatal Care In The Year 2000 : The Prevention of Morbidities.** กรุงเทพฯ : ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย.
- สุภาวดี นาคสุขุม. (2544). **ความรู้และความมั่นใจในการดูแลบุตรของมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดที่ได้รับการเตรียมความพร้อมและไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลครอบครัว.
- อินทิรา ปัทมินทร. (2548). **คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่).** กรุงเทพฯ : ปิยะนงค์ พับลิชชิง.
- อุดมญา พันธนิษฐ์. (2544). **ผลของการพยาบาลด้านจิตสังคมต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลแม่ และเด็ก.
- Bernadette, M. M., Nancy, F. F., Linda, A. G., Eileen, F., Hugh F. Crean, R. S., et al. (2006, November). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcome with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program : A randomized, control trial. *Pediatrics*, 118 (5), 1414-1427.
- Browne, J. V., & Talmi, A. (2005, December). Family-based intervention to enhance infant - parent relationship in the neonatal intensive care unit. *Journal Pediatric Psychological*, 30 (8), 667-677.
- Franck, L. S., Cox, S., Allen, A., Winter, I. (2005, March). Measuring neonatal intensive care unit - related parent stress. *Journal Advance Nurse*, 49 (6), 608-15.

- lane, N. V., Sandra, R. S. & Elenic, V. C. (2005, July - December). Nursing diagnoses identified during parent group meeting in a neonatal intensive care unit. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, 16 (3-4), 65-73.
- Kim, T. (2000). A study on the perceived stress level of mothers in the neonatal intensive care unit patients. **Korean Journal Child Health Nurse**, 6 (2), 224-239.
- Lazarus, R., & Folkman S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York : Springer Publishing Company. 19.
- Melnik, B. M., Feinstein, N. F., Alpert, G. L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., et al. (2006, November). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. **Journal of Pediatrics Nursing**, 118 (5), e1414-27.
- Michele, P., & Frida, A. (2003, april, 15). Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. **Canadian Medical Association or its licensors**, 168 (8).
- Miles, M. S., Burchinal, P., Holditch, D. D., Brunssen, S., & Wilson S. M. (2002). Perceptions of stress, worry, and support in black and white mothers of hospitalized, medically fragile infants. **Journal of Pediatric Nursing**, 17, 82-88.
- Miles, M. S., & Carter, M.C. (1983, September - October). Assessing parent stress in intensive care units. **American Journal of Maternal and Child Nursing**, 8, 354-59.
- Miles, M. S., Funk, S. G., Carson, J. (1993, May - January). Parent stressor scale: neonatal intensive care unit. **Nursing Research**, 42 (3), 52-148.
- Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1991). The neonatal intensive care unit environment: source of stress for parents. **AACN Clinical Issue Critical Care Nursing**, 2 (2), 346-54.
- Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. **Research in Nursing & Health**, 15 (1), 261-269.
- Preddy, M., & Ardal F. (2003, April). Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. **Canadian Medical Association or its licensors**, 168(8), 969 - 73.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). ข้อมูลสถิติการเกิด/การตาย/ดัชนีชีพ พ.ศ. 2534-2549. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2551, จาก [http://www.203.157.19.191/index1\\_info.html](http://www.203.157.19.191/index1_info.html).
- Melissa Chavez. (2007). Coping with the Stress of Having a Premature Baby. Retrieved April 21, 2008 from <http://www.heliem.com/items/188308>

## รายงานการวิจัย

### ผลของการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ศรีสุดา เอกถันารัตน์\*  
ธนัชฌา ภัยพยบ\*\*

Eklakanarat,s., Phaipayob,T.

The Effect of Empowering in Over-nutritional Adolescences Through Group Counseling  
on the Adjustment of Their Exercising and Food Consumption Behaviors.

TJN : (2008) : (3-4) : 75-82

Keywords: Empowering, Group Counseling , Adolescence, Over - nutrition

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของกิบสัน และใช้วิธีการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มเป็นแนวทางในการศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 18 ปี จำนวน 30 คน ผู้วิจัยสร้างพลังอำนาจให้แก่กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม

เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารเป็นระยะเวลา 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร และชั่งน้ำหนักก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที่ ( t - test ) ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

\*พยาบาลวิชาชีพ 8

\*\*พยาบาลวิชาชีพ 5 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์



2. น้ำหนักของเด็กกลุ่มทดลองหลังการสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าก่อนการสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ค่าเฉลี่ยการประเมินพฤติกรรมตนเองในกลุ่มสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงมาก

4. ค่าเฉลี่ยการประมาณค่าความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้นำกลุ่มในการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มเป็นบวกในทุกลักษณะ

ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินได้

### Abstract

This quasi - experimental research aims at studying the effect of empowering in over - nutritional adolescences through group counseling on the adjustment of their exercising and food consumption behaviors taking Gibson (1991) empowering theory and group counseling approach as the main stream.

The subjects of the study were thirty freshly undergraduated Nursing students of Boromarajonani College of nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan. They were selected under determined qualification. The experimental group was empowered through one-month empowering process initiated by the researchers aiming at shaping their exercise and food consumption. A questionnaire was used as data-collecting tool prior to and after the experiment. The obtained data was then analyzed and presented through statistical description and t - test.

### Results of The Study

It was found that...

1. The post score on exercise and food consumption of the control group was significantly higher than the pre-score at .001.
2. The experimental group' weights after the empowering process was significantly lower than their weights before the process at .001.
3. The mean of self - evaluation scores of the experimental group was between moderate and high.
4. The experimental group's mean score on their feeling towards the empowering group leader was positive on every category.

It can be concluded that empowering through group counseling can effectively used in recovering exercise and food consumption behaviors of Over - nutritional Adolescences for weight control.

## ความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจเด็กไทยอายุ 1-18 ปี จำนวน 9,488 คน ใน พ.ศ.2544 พบว่าเมื่อเทียบกับเกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชากรไทย พ.ศ.2542 กลุ่มอายุ 13-18 ปี มีความชุกของภาวะอ้วน สูงสุดคือร้อยละ 9.2 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (1) และจากการสำรวจภาวะโภชนาการของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 193 คน พบว่ามีนักศึกษา ร้อยละ 15.54 มีภาวะโภชนาการเกิน (2)

ภาวะโภชนาการเกินที่พบในเด็ก ได้แก่ โรคอ้วน (Obesity) เป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในสังคม และประเทศที่มีการพัฒนาเศรษฐกิจ เนื่องจากเทคโนโลยีในการผลิตอาหารทำให้แต่ละประเทศมีอาหารเพียงพอต่อการบริโภค อุปโภคบริโภคของโรคอ้วนในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นในระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมา เด็กที่เป็นโรคอ้วน เนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันสูงตามแบบตะวันตก ทำให้เด็กไทยอ้วนมากขึ้น (3) โรคอ้วนที่พบเพิ่มขึ้นเป็นสัญญาณอันตรายที่ต้องให้ความสนใจดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้อย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันภาวะค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่จะตามมาเมื่อเด็กอ้วนกลุ่มนี้เป็นผู้ใหญ่ และเกิดโรคเสื่อมเรื้อรัง ทั้งโรคหัวใจ และ หลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ดังที่ประเทศตะวันตกกำลังประสบอยู่ในปัจจุบัน (4)

การสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (5) นั้นเป็นกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับ ความจริงที่เกิดขึ้น การส่งเสริม และการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สามารถใช้ประโยชน์ จากทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีวิตของตน และเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองได้ และนิตย ทัศนิยม กล่าวว่า “การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุน

หรือช่วยเพิ่มความสามารถให้บุคคลหรือกลุ่ม ได้มองเห็น ปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เป็นความรู้สึก ของบุคคลว่าเขาสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ (6) การให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counselling) เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยเหลือบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุง พัฒนาตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (7) ซึ่งวัยรุ่นที่มีปัญหา ภาวะโภชนาการเกิน ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูง และออกกำลังกายน้อย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นข้อดีของการ ให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มว่าสามารถให้บริการแก่ผู้รับ บริการพร้อมกันหลายๆ คนในเวลาเดียวกันได้ ทำให้ ผู้รับบริการสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างกว้างขวาง เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาของตนเอง และสมาชิก กลุ่มคนอื่นๆ นอกจากนี้ยังสามารถที่จะฝึกทักษะหรือ พฤติกรรมใหม่ๆ ที่พึงประสงค์เพื่อควบคุมน้ำหนักของ วัยรุ่นตามแนวคิดของการสร้างพลังอำนาจได้อีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ผลของการสร้าง พลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการ และ ประยุกต์ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งเป็นกระบวนการช่วยให้คนสามารถยืนหยัดขึ้น เพื่อจัดการกับปัญหา และการให้บริการปรึกษา แบบกลุ่มเข้าด้วยกันประกอบด้วย 6 กิจกรรม เพื่อให้ วัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายและบริโภคอาหารเพื่อควบคุม น้ำหนักของตนเอง โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ไว้ดังนี้

### การสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและบริโภค

#### อาหาร

กำหนดเป็นกิจกรรม 6 กิจกรรม เข้ากลุ่มทั้งหมด 10 ครั้ง ดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ :การสร้างความคุ้นเคย
2. กิจกรรมการค้นพบข้อเท็จจริง รู้จักตนเอง และการ สะท้อนคิด  
วิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างมีเหตุผล
3. กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
4. กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ
5. กิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ทำ 5 ครั้ง)
6. กิจกรรมส่งท้าย : กลุ่มเปิดใจ

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
  - การออกกำลังกาย
  - การบริโภคอาหาร
2. การควบคุมน้ำหนัก
  - น้ำหนัก

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจในการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน
2. เพื่อศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจในการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

#### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) เพื่อศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

#### ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาลพิเศษหญิงที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ในปีการศึกษา 2549 ภาคเรียนที่ 1 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ตั้งแต่ตัวม เริ่มอ้วน และอ้วน โดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเปรียบเทียบกับกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิง การเจริญเติบโตของหญิง อายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2542) และมีอายุ 18 ปี จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2549

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ : การสร้างความคุ้นเคย
2. กิจกรรมการค้นพบข้อเท็จจริง รู้จักตนเอง และการสะท้อนคิดวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างมีเหตุผล
3. กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
4. กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ
5. กิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ทำ 5 ครั้ง)
6. กิจกรรมส่งท้าย : กลุ่มเปิดใจ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ของวาณี โพธิ์นคร และศรีสุตา เอกลัคณารัตน์ (2548) โดยปรับเปลี่ยนกิจกรรมบางด้านให้เหมาะสมกับวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ และ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เป็นบวก และเป็นลบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิต 4 อันดับ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติในการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านบวก ความถี่การปฏิบัติ เป็นประจำ ตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติ 3-4 วัน ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน ให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ส่วนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ด้านลบ จะมีคะแนนตรงกันข้าม

3. แบบประเมินผลกลุ่มให้บริการปรึกษา เป็นแบบประเมินระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่สมาชิกได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาโดยผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมินของ สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล และคณะ (2544) ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 20 ข้อคำถาม แต่ละข้อมีคำตอบอยู่ 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคยเลย ตามลำดับ

4. แบบประเมินผู้นำกลุ่ม เป็นแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกของสมาชิกต่อผู้นำกลุ่มให้การปรึกษาผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมินของ สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล และคณะ(2544) ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบใช้เทคนิคจำแนกของออสกู๊ด (Osgood's Semantic Differential) โดยมีลักษณะความรู้สึกรู้สึกทางด้านซ้าย และด้านขวาระหว่างสเกลคำตอบแบบตรงกันข้าม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยของผลการประมาณค่า และแสดงเป็นเส้นกราฟ มีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบอยู่ 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำคู่มือการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชซึ่งมีประสบการณ์ทางด้านการให้คำปรึกษา จำนวน 2 ท่าน และนักโภชนาการ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินให้เด็กวัยรุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถาม ผลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค เท่ากับ 0.76

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัย มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประเมินพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง

2. ดำเนินการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มแก่กลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนโดยแบ่งเป็นกลุ่ม 2 กลุ่มย่อยกลุ่มละ 15 คน สัปดาห์แรกเข้ากลุ่มทุกวันเป็นเวลา 7 วัน ใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง รวมเป็นเข้ากลุ่มทั้งหมด 10 ครั้ง โดยผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยเป็นอาจารย์พยาบาลผู้ร่วมวิจัย

3. ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 6 ผู้วิจัยได้สาธิต และนำสมาชิกร่วมกันออกกำลังกายด้วยการรำกระบองชีวจิต ตามแบบของอาจารย์สาทิศ อินทรกำแหง ประกอบเพลงรำวงมาตรฐาน ของคุณมาลีววรรณ ปิ่นสุวรรณณี ที่ลานออกกำลังกาย หน้าหอพัก ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ ในช่วงเวลา ระหว่าง 17.00-18.00น. เป็นเวลา 3 สัปดาห์

4. เมื่อสิ้นสุดการให้บริการคำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตอบแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ประเมินพฤติกรรมของตนเองในกลุ่ม ให้บริการปรึกษา และประเมินผู้นำกลุ่ม

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18 ปี จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 2 ของครอบครัวร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 40.00 ส่วนน้อยเป็นบุตรคนที่ 3 ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.67 ได้รับค่าอาหารจากครอบครัว เดือนละ 1,001-2,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 23.33 ได้รับค่าอาหารเดือนละ 2,001-3,000 บาท

2. คะแนนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทดสอบ paired t - test (N= 30 คน)

พฤติกรรม	Range	Mean	SD	t
<b>พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย</b>				
ก่อนทดลอง	16-29	23.60	2.76	-6.04***
หลังทดลอง	22-33	27.30	3.01	
<b>พฤติกรรมการบริโภคอาหาร</b>				
ก่อนทดลอง	37-62	50.80	6.24	-6.29***
หลังทดลอง	39-74	58.20	7.06	

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

2. น้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างหลังการสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าก่อนการสร้างพลังอำนาจ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบน้ำหนัก ก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทดสอบ paired t - test (N = 30 คน)

น้ำหนัก	Range	Mean	SD	t
ก่อนการทดลอง	54.00-79.50	62.75	5.77	7.91***
หลังการทดลอง	54.00-77.50	61.50	5.54	

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

3. ค่าเฉลี่ยการประเมินพฤติกรรมตนเองในกลุ่มสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 10 ข้อ และในระดับมากจำนวน 10 ข้อ

4. ค่าเฉลี่ยการประเมินค่าความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้นำกลุ่มในการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มเป็นบวกในทุกลักษณะ

### อภิปรายผล สรุป และการนำไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มมีส่วนช่วยให้วัยรุ่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารได้ คณะแผนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

( $t = -6.04, -6.29, p < .001$ ) และน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ( $t = 7.91, p < .001$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้

การให้คำปรึกษาวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน พยาบาลในคลินิก สามารถนำวิธีการสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นได้นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งต่อไป พยาบาลควรทำงานเชิงรุก ส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียน ป้องกันไม่ให้วัยรุ่นมีภาวะโภชนาการเกิน โดยจัดทำหน่วยสร้างพลังอำนาจให้บริการปรึกษาเคลื่อนที่เพื่อให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง รู้วิธีการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้วัยรุ่นมีภาวะโภชนาการปกติและไม่เป็นโรคอ้วนต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. การเจริญเติบโต และภาวะโภชนาการของเด็กไทย ชุดหนังสือโครงการวิจัยพัฒนาแบบ  
องค์รวมของเด็กไทย. โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, (2547).
- ศรีสุดา เอกฉัตรรัตน์. รายงานการสำรวจภาวะโภชนาการนักศึกษาพยาบาล ปีการศึกษา 2549 วิทยาลัย  
พยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงฯ  
กระทรวงสาธารณสุข, (2549).
- มยุรี นภาพรรณ. การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติด้านโภชนาการ. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์, (2543).
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะโภชนาการ และเซาวิปัญญานของเด็กไทย ใน อุมภาพร สุทัศน์วรุดิ  
นลินี จงวิริยะพันธ์ และสุภาพรรณ ตันตราชีวรร. (บรรณาธิการ). **ทันยุคกับโภชนาการในเด็ก**. กรุงเทพฯ : ปิยะนงค์  
เอ็นเทอร์ไพรซ์, (2548).
- Gibson,C.H. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 1991; 16 : 354 - 361.
- นิตย ทัศนนิยม. การส่งเสริมสุขภาพ : มิติการสร้างพลังอำนาจ. *วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.  
2545; 25 (2-3) : 103 - 112.
- สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล และคณะ. **ผลของกลุ่มจิตวิทยาการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์  
ของนักศึกษาพยาบาล**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงฯ กระทรวงสาธารณสุข, (2544).





## สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี องค์ราชูปถัมภ์ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

### รายนามคณะกรรมการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

#### กรรมการกิตติมศักดิ์

- รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ
- รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

#### สมาชิกกิตติมศักดิ์

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. ท่านผู้หญิงประไพ ศิวะโกเศศ | 2. ท่านผู้หญิงประเทือง คชภักดี |
| 3. คุณหญิงจินดา จรุงเจริญเวช  | 4. นางชัชวีร์ ลิ้มทิจิตต์      |
| 5. นางเพ็ญศรี บุญเรือง        | 6. นางประไพ วัฒนเศรษฐ์         |
| 7. นายปกรณ์ จรุงเจริญเวช      | 8. นางสุภาพรรณ ตั้งสุณาวรรณ    |

#### คณะกรรมการที่ปรึกษา

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. พันเอกหญิง คุณหญิงอัสนี เสาวภาพ | 2. รองศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ    |
| 3. นาวาเอกหญิงขวัญเรือน สงวนเชื้อ  | 4. นางจุฑามาศ พุทธิพิทักษ์          |
| 5. นางจำเนียร สิงห์กุล             | 6. นางสาวธิดา จิวดนอม               |
| 7. นาวาเอกหญิงนัยนา ศิริรัตน์      | 8. นางสาวบุญประคอง บัตรพรธนะ        |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปานัน บุญหลง  | 10. นางเพลินพิศ ปานสว่าง            |
| 11. ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์         | 12. นางสาวรัตนภรณ์ โกมลปานิก        |
| 13. นางลดาวัลย์ รวมเมฆ             | 14. นาวาอากาศเอกหญิงสุภาจรี ไตรปิฎก |

## คณะกรรมการอำนวยการ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศ	บุญทอง	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
2. รองศาสตราจารย์สุปาณี	เสนาดิษฐ์	อุปนายกคนที่ 1
3. นางจันทิรา	ภาวิไล	อุปนายกคนที่ 2
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิรพรรณ	พีรฤติ	อุปนายกคนที่ 3
5. อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ	ทิมสุวรรณ	อุปนายกคนที่ 4
6. นางอรวรรณ	เมชวิชัย	อุปนายกคนที่ 5
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม	รอดคำดี	เลขาธิการและนายทะเบียน
8. นางศศิธร	วุฒิกมลสมบัติกุล	รองเลขาธิการ
9. ดร.วรรณิ	ตปนียากร	เหรัญญิก
10. นางนวลนิษฐ์	ลิขิตลี้อชา	ผู้ช่วยเหรัญญิก
11. ดร.กาญจนา	จันทร์ไทย	ปฏิคม
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู	พุกบุญมี	ประธานฝ่ายวิชาการ
13. นางสาววราพร	หาญคณะเศรษฐี	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ
14. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี	ศรีมรกต	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ
15. นางสาวดวงจันทร์	ทิพย์ปรีชา	ประธานฝ่ายบริการพยาบาล
16. รองศาสตราจารย์ ดร.ฟองคำ	ติลกสกุลชัย	ประธานฝ่ายวิจัย
17. นางศรีวรรณ	ตันศิริ	ประธานฝ่ายบริการชุมชน
18. ดร.ทัศนีย์	รวีรกุล	ประธานร่วมฝ่ายบริการชุมชน
19. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	ขัมภลลิขิต	ประธานฝ่ายวารสาร
20. รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข	หิงคานนท์	ประธานฝ่ายพัฒนาวิชาชีพ และพยาบาลพิเศษ
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังคณา	สริยาภรณ์	ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพ และพยาบาลพิเศษ
22. ดร.อุษณีย์	เทพวรัชย์	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทพันธ์	ชินล้าประเสริฐ	ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
24. นางกมลทิพย์	หิตะนันท์	ประธานฝ่ายหารายได้
25. พันเอกหญิงอรทัย	วิไลเกษม	ประธานฝ่ายสวัสดิการ

## คณะกรรมการฝ่ายวารสาร

### ประธาน

รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ขัมภลลิขิต

### กรรมการ

1. ศาสตราจารย์ ดร. รุจา	ภูไพบูลย์	2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทราวดี	เกียรติเชษฐ
3. รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา	เซาวลิต	4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬาลักษณ์	บารมี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกวรรณ	สุวรรณปฏิกรณ์	6. ดร. ลิลลี่	ศิริพร
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา	ตากวิริยนันท์	8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วงเดือน	สุวรรณศิริ

## คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเชิญสมาชิกตลอดจนผู้ที่สนใจทุกท่านส่งบทความวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลในสาขาต่างๆ หรือรายงานผลการวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล ทั้งนี้ บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนหรือไม่ได้ส่งให้วารสารอื่นพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการขอความร่วมมือท่านผู้เขียนดำเนินการเตรียมบทความตามรูปแบบ และขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ดีด โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word 2003 ใช้กระดาษขนาด 8 x 11 นิ้ว ความยาวของบทความไม่รวมรายการอ้างอิงไม่เกิน 12 หน้า ตัวพิมพ์ Angsana New ขนาด 16 พิมพ์แบบ single space โดยไม่ต้องแบ่งเป็นคอลัมน์ในแต่ละหน้า ส่งต้นฉบับมาที่บรรณาธิการ 2 ชุด พร้อม CD บันทึกข้อมูล และแบบฟอร์มส่งต้นฉบับ

2. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ชื่อผู้เขียนภาษาไทยอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ ไม่ต้องระบุคุณวุฒิ ทำยี่ห้อชื่อมีสัญลักษณ์ที่สอดคล้องกับรายละเอียดของที่ทำงานของผู้เขียนแต่ละคนที่ระบุไว้ในเชิงอรรถในหน้าแรกชื่อผู้เขียน และชื่อบทความภาษาอังกฤษ คำสำคัญให้พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยมตรงกลางใต้ชื่อผู้เขียน ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ทำสัญลักษณ์ที่ชื่อเรื่องภาษาไทย และระบุว่าเป็นวิทยานิพนธ์หลักสูตรและสถาบันใด ไว้ที่เชิงอรรถ ดังตัวอย่าง

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยจิตเวช\*

ดร.ณิ ดันติเจริญวิวัฒน์\*\*

วันดี สุทธรังษี\*\*\*

Tanticharoenwivat, D., Suttharangsee, W.

Nurses' ethical decision making in advocating for psychiatric patients

Keywords : Ethical decision making, patient advocate, psychiatric patient

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ. สุราษฎร์ธานี

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. บทความรายงานวิจัย ให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้ บทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ บทนำหรือความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน (ถ้ามี) วิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยโดยสรุป การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

4. การอ้างอิง ใช้ระบบ APA (American Psychological Association) 5<sup>th</sup> edition ปี 2001 โดยมีรายละเอียดดังนี้
- 4.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ใช้ระบบ นาม (ปี) หรือเมื่อสิ้นสุดข้อความที่ต้องการอ้างอิง ให้ใส่ชื่อผู้เขียน และปีที่พิมพ์ในวงเล็บ โดยผู้เขียนภาษาไทยให้ใช้ทั้งชื่อ และนามสกุล ส่วนผู้เขียนต่างประเทศใช้เฉพาะชื่อสกุล และใช้ปี ค.ศ. ในกรณีที่อ้างอิงหลายรายการให้เรียงลำดับเอกสารภาษาไทยก่อนภาษาอังกฤษ และเรียงลำดับตามอักษรชื่อผู้เขียน โดยมีเครื่องหมาย อัฒภาค (semicolon หรือ ; ) คั่นระหว่างแต่ละรายการ ดังตัวอย่าง ฟารีดา อิบราฮิม (2545) (ลอบ หุตางกูร, 2536) (Walker, 2002) (ฟารีดา อิบราฮิม, 2545 ; ลอบ หุตางกูร, 2536 ; Walker, 2002)
- 4.2 รายการอ้างอิงท้ายบทความ ให้ปฏิบัติดังนี้
- เรียงลำดับภาษาไทยก่อนภาษาอังกฤษ
  - เรียงลำดับตามอักษรชื่อผู้เขียน ภาษาไทยใช้ชื่อต้น ส่วนภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลในการเรียงลำดับ
  - รูปแบบการเขียน และเครื่องหมายวรรคตอน ให้ปฏิบัติตามตัวอย่างต่อไปนี้
- ก. หนังสือ** มีรูปแบบ ดังนี้
- ผู้เขียน, ผู้เขียน และผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย : การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : พลัสเพลส.
- Benner, P. (1984) From Novice to Expert : Excellence and power in clinical nursing practice. California : Addison-Wesley.
- หนังสือที่มีบรรณาธิการ และมีการพิมพ์หลายครั้ง
- สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). (2545). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ : วิ.เจ. พรินติ้ง
- Pressley, M., & Brainerd, C. J. (Eds.). (1985). Cognitive learning and memory in children. New York : Springer-Verlag.
- อ้างอิงเฉพาะบทหรือเรื่องในหนังสือที่มีบรรณาธิการ
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2548). จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล. ใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (บรรณาธิการ), ประสพการณ์วิชาชีพการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 350-411). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- Swanson, K. M. (1999). What is known about caring in nursing science : A literary meta-analysis. In A. S. Hinshaw, S. L. Feetham, & J. Shaver (Eds.), Handbook of clinical nursing research (pp. 31-60). Thousand Oaks : Sage Publication.
- ข. วารสาร** มีรูปแบบ ดังนี้
- ผู้เขียน, ผู้เขียน และผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่). เลขหน้า-เลขหน้า.
- ในกรณีที่วารสารมีการเรียงเลขหน้าต่อจากฉบับก่อนหน้า จะไม่ระบุฉบับที่ในวงเล็บ ดังตัวอย่าง
- กุลวดี อภิชาติบุตร และสมใจ ศิระกมล. (2548). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร, 32 (4), 7-23.
- Marinowitz, G. J. (2003). How to use participatory action research in primary care. Family Practice, 20, 595-600

### ค. สิ่งตีพิมพ์อื่น เช่น

#### - วิทยานิพนธ์

เวรดี เพชรศิราสันต์. (2545). ปัจจัยอธิบายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Nasae, T. (2007) Ethical Dilemmas, ethical Decision making, and outcomes Experienced by Head Nurses in Regional Hospitals, Southern Thailand. Unpublished Doctoral Dissertation. Prince of Songkla University.

#### - สิ่งตีพิมพ์ของหน่วยงาน หรือองค์กร

สภาการพยาบาล. (2546). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สภาการพยาบาล.

#### - เอกสารประกอบการประชุม

กอบกุล พันธเจริญวรกุล และคณะ. (2544). การวิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในประเทศไทย. ในประมวลการสัมมนาพยาบาลศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3 การพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงแรมดิเอเมอรัลด์ 23-25 กรกฎาคม 2544. 81-114.

#### - เอกสารอัดสำเนา ไม่ระบุปีที่พิมพ์

สำนักงานเลขาธิการสภาการพยาบาล. (ม.ป.ป). หลักสูตรฝึกอบรมเพื่ออูมิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลเฉพาะสาขา. เอกสารอัดสำเนา.

#### - รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ. (2545). การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

#### - หนังสือพิมพ์

ผาสุก อินทราวุธ. (2544 : มกราคม 21). สังคมชนชั้นสมัยก่อนประวัติศาสตร์ในประเทศไทยจีน. กรุงเทพธุรกิจ. หน้า 6-7.

#### - ประกาศ หรือราชกิจจานุเบกษา

สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา. (2548 : พฤศจิกายน 5). ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา เรื่อง การขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ.

พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550. (2550 : มิถุนายน 18). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 27 ก หน้า 4-13.

### ง. เอกสาร / ข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบดังนี้

ผู้เขียน. (ปีพิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่). สืบค้น วัน เดือน ปีที่สืบค้น เข้าถึงได้จาก : แหล่งข้อมูล. กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์. (2548). พาณิชยอิเล็กทรอนิกส์, สืบค้น 3 กรกฎาคม 2548. เข้าถึงได้จาก : <http://www.moc.go.th/thai/dbe/ecoco/e-com3.htm>.

Bernstein, M. (2002). 10 tips on writing the living Web. A List Apart: For People Who Make Websites, 8. Retrieved May 2, 2006, from <http://www.alistapart.com/articles/writeliving>.

## แบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาล

### 1. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย) .....

(ภาษาอังกฤษ) .....

### 2. ข้อมูลผู้เขียน

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

ตำแหน่ง (ภาษาไทย) .....

สถานที่ทำงาน / สถาบัน (ภาษาไทย) .....

2. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

ตำแหน่ง (ภาษาไทย) .....

สถานที่ทำงาน / สถาบัน (ภาษาไทย) .....

(ถ้ามีมากกว่า 2 ท่าน โปรดระบุเพิ่มเติม)

### 3. ผู้รับผิดชอบบทความ

ชื่อ-สกุล .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....

หมายเลขโทรศัพท์ .....

e-mail address .....

### 4. สิ่งที่มาด้วย

ต้นฉบับที่พิมพ์บนกระดาษขาว 2 ชุด

ต้นฉบับที่บันทึกลงในแผ่นบันทึกข้อมูลคอมพิวเตอร์ (CD) 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ ..... (เจ้าของผลงาน)

( )

กรณีเป็นวิทยานิพนธ์ ลงชื่อ ..... (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

( )

### ส่งบทความมาที่

บรรณาธิการวารสารพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400



ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาล  
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

E-mail.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลประเภท ( ) สมาชิกทั่วไป 2 ปี ราคา 400 บาท

( ) สมาชิกทั่วไป 1 ปี ราคา 280 บาท

( ) สมาชิกใหม่ ขอเริ่มฉบับที่.....

( ) มกราคม - มีนาคม 25.....

( ) เมษายน - มิถุนายน 25.....

( ) กรกฎาคม - กันยายน 25.....

( ) ตุลาคม - ธันวาคม 25.....

( ) สมาชิกต่ออายุ ได้รับฉบับสุดท้าย คือ.....

( ) มกราคม - มีนาคม 25.....

( ) เมษายน - มิถุนายน 25.....

( ) กรกฎาคม - กันยายน 25.....

( ) ตุลาคม - ธันวาคม 25.....

พร้อมได้ส่ง ( ) เงินสด ( ) ธนาณัติ ( ) ตั๋วแลกเงิน

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ทั้งนี้เป็นการส่งจ่ายในนาม

ผู้จัดการสำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ  
ปณ.ราชเทวี

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร...../...../.....

ใบสมัครโปรดจำหน่ายของส่ง

ผู้จัดการสำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

