



การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษา
ภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์



ดุษฎี น้อยดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษา
ภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์



ดุษฎี น้อยดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**THE STUDY OF NURSING OUTCOME INDICATORS OF FEMALE
INFERTILITY ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY**



DUSADEE NOIDEE

**A Thesis Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Sciences (Nursing Administration)
Graduate Education, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Thailand**

Academic year 2018

Copyright of Saint Louis College

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษา
ภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

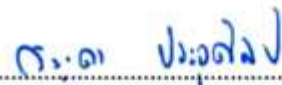
ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วันที่ 26 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562



นางสาวชัชฎิ น้อยดี

ผู้วิจัย



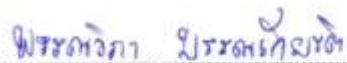
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์, Ph.D.

ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุตันติ, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณวิภา บรรณเกียรติ, Ph.D.



รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ถีอนุญธวัชชัย, Ph.D.

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ



รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ อนุสันติ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณวิภา บรรณเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้กำลังใจ และทุ่มเทอย่างเต็มที่ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และให้ความช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสอง ท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเอื้อเฟื้อและให้ความรู้ในสาขาการรักษากาฬมีบุตรยาก ให้คำแนะนำ เสนอข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ และสนับสนุนผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่กรุณาให้ความรู้ ในการศึกษา ซึ่งเป็นพื้นฐานและเป็นประโยชน์ต่อการทำการศึกษาวิทยานิพนธ์ ตลอดจนกำลังใจจาก คณาจารย์ทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ พี่ๆ น้องๆ และเพื่อนที่ได้ให้ความช่วยเหลือเสียสละเวลา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ต่อไป และให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบพระคุณพ่อคุณแม่ สามีนี ที่ให้กำลังใจและที่สำคัญที่สุดให้การสนับสนุนในเรื่องทุนการศึกษา ด้วยดีตลอดมา คุณค่าอันพึงมีจากการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ หากว่าเป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้า ทางวิชาการแก่ผู้สนใจ ผู้วิจัยขอขอบคุณความคิดทั้งหมดเพื่อตอบแทนผู้มีพระคุณทุกท่าน จนเป็นผลให้ การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จด้วยดี

คุณหญิง น้อยดี

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 140301003 สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: คุณฎี น้อยดี
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย)	: การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: THE STUDY OF NURSING OUTCOME INDICATORS OF FEMALE INFERTILITY ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณมา อนุสันติ, ค.ศ.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรรณวิภา บรรณเกียรติ, ค.ศ.
คำสำคัญ	: ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ภาวะมีบุตรยาก เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์
จำนวน	: 115 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มารับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเคสฟาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัด และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ จำนวน 23 คน วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัด และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาหามาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อ และขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบ หลักจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ใน ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิกจำนวน 5 ตัวชี้วัด 2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ มีจำนวน 7 ตัวชี้วัด 3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ จำนวน 6 ตัวชี้วัด 4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา จำนวน 7 ตัวชี้วัด

ACADEMIC CODE : 140301003; NURSING ADMINISTRATION, M.N.S.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT'S NAME : DUSADEE NOIDEE

TITLE OF THESIS PAPER : THE STUDY OF NURSING OUTCOME INDICATORS OF FEMALE
INFERTILITY ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY.

THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. SUWANNA ANUSANTI, Ph.D.

THESIS CO-ADVISOR : ASSOC. PROF. PANWIPA BANKAERT, Ph.D.

KEY WORD : NURSING OUTCOME INDICATORS, FEMALE INFERTILITY,
REPRODUCTIVE TECHNOLOGY

: 115 PAGES

ABSTRACT

The purpose of this research is to study about Nursing Outcome Indicators of Female Infertility Assisted Reproductive Technology by using Delphi research technique. The sample group of this study composes of 23 professionals who are experienced and knowledgeable about IVF indicators. The research methodology consists of 3 steps: First, collection of data from the sample group with the use of the questionnaire. Second, analysis of raw data which leads to the creation of a second questionnaire based on the prioritized indicators. Third, calculate data for the median and interquartile range and then send the result to all professionals for discussion and confirmation. Once confirmed, final calculation of the median and interquartile will be done to summarize the results.

The research of indicators for Nursing Service Outcome showed a total of 4 parts as 1) Five indicators of Nursing outcome indicators for Caring and providing clinical services. 2) Seven indicators of nursing outcome indicators for Provide knowledge and provide information to patients. 3) Six indicators of the nursing outcomes indicator for being a consultant. 4) Seven indicators of nursing outcome indicator for Coordinate in the treatment process.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	จ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	3
1.5 นิยามศัพท์ในการวิจัย.....	4
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
2.1 ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษากะการมีบุตรยาก.....	6
2.2 การรักษากะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์.....	10
2.3 การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษากะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการ เจริญพันธุ์.....	11
2.4 แนวคิดตัวชี้วัด.....	16
2.5 แนวคิดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยาก.....	21
2.6 เทคนิคเคลฟาย.....	25
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ)	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	32
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	43
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
3.5 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	45
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูล.....	49
ส่วนที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก ด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์.....	51
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	64
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	65
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	67
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	71
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	80
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	81
ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย	83
ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย	86
ง รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม	105
จ หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	108
ฉ หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย	112
ประวัติผู้วิจัย	115

สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 ค่าเฉลี่ยร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล.....	49
2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ จากการทบทวนวรรณกรรมรอบที่ 1.....	51
3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก รอบที่ 2 และรอบที่ 3.....	56
4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ รอบที่ 2 และรอบที่ 3.....	58
5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้าน หน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย รอบที่ 2 และรอบที่ 3.....	60
6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้าน หน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา รอบที่ 2 และรอบที่ 3.....	61
7 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ รอบ 2 และรอบ 3.....	63

สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	35



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการมีบุตรยากเป็นปัญหาด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ที่สำคัญปัญหาหนึ่งของทั่วโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะการเจริญพันธุ์ของประเทศ เพราะประเทศที่มีภาวะการเจริญพันธุ์ต่ำจะส่งผลให้สัดส่วนและจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง (การดี ชาญสมร, จิตติมา มโนชัย, และกฤษณ์ พันตรา, 2554) สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติอัตราการเกิด อัตราการตาย และอัตราการเพิ่มประชากรตามตัวแปรแบบประชากรจำลอง พบว่าอัตราการเกิดลดลงจาก 15.50 ต่อพันประชากร ในปี พ.ศ.2543 เหลือเพียงต่ำกว่า 12 ต่อพันประชากร ในปีพ.ศ. 2548 และอัตราการเกิดใหม่ ในแต่ละปียังลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ.2557 ลดลงเหลือเพียง 1.60 คน และมีการคาดการณ์แนวโน้มว่าจะลดลงเหลือ 1.30 คน ภายในปีพ.ศ.2583 ซึ่งจากการศึกษา พบว่าสาเหตุและปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง คือ ภาวะการมีบุตรยากของประชากรจำนวนหนึ่งและไม่สามารถตั้งครรภ์ได้แม้ว่าจะมีการแก้ไข โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) จากการสำรวจประชาชนไทยทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2552 มีคู่สมรส มีปัญหาเรื่องมีบุตรยากร้อยละ 11 โดยพบว่าเพศหญิงมีปัญหามากกว่า เพศชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และในปีพ.ศ.2558 พบว่าคู่สมรสมีภาวะการมีบุตรยากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.40 (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ, 2559)

สำหรับการแก้ไขภาวะการมีบุตรยากนั้นนิยมใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ซึ่งมีวิธีการที่เฉพาะเจาะจงและซับซ้อน เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษต่างๆ และการดูแลในขณะที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก โดยผู้ให้บริการสุขภาพประกอบด้วยหลายฝ่ายทั้งพยาบาลวิชาชีพ นักวิทยาศาสตร์ด้านตัวอ่อน และสูติแพทย์ เป็นต้น ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง โดยลักษณะของบริการสุขภาพนี้ทำให้ผู้หญิงที่มารับบริการด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ต้องเผชิญกับสถานการณ์หลายอย่าง ทั้งการถูกเตรียมด้านร่างกายที่มีความไม่สบาย เจ็บปวด ทั้งยังเป็นข้อจำกัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่และสังคมต้องเปลี่ยนไป ผนวกกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการรักษา เหล่านี้ส่งผลต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ของทั้งผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากและคนในครอบครัวด้วย

จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่า ผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากเกิดผลกระทบจากการรักษาในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลผู้รับบริการกลุ่มนี้มีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน สภากาพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์แก่สถานบริการด้านการสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละหน่วยงานอื่น จะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป ซึ่งมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Outcome Standard) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพของบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่ประเมินได้จากผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยพิจารณาจากกระบวนการพยาบาลว่าบรรลุ เป้าหมายตามที่กำหนดหรือไม่ และผลลัพธ์โดยรวมของบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ทั้งหน่วยงาน ซึ่งอาจประเมินได้จาก ความปลอดภัย จากความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งด้าน กาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและสิทธิที่พึงได้รับ เป็นต้น ทั้งนี้หน่วยงานต้องพิจารณากำหนดตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบ ให้เหมาะสมกับลักษณะงานในหน่วยงานของตน (สภากาพยาบาล, 2561) ซึ่งสถานบริการที่ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินงานด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มีทั้งหมด 30 แห่ง โดย 20 แห่ง อยู่ในกรุงเทพมหานคร ในจำนวนนี้มีเพียง 12 แห่ง ที่เป็นสถานบริการของรัฐที่เหลือ 18 แห่งเป็นสถานบริการของเอกชน (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2559)

จากมาตรฐานและข้อกำหนดตามที่กล่าวมาแล้วนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ให้พยาบาลผู้ทำให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยาก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของหญิงที่มีบุตรยาก รูปแบบวิธีการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ หลักการบริหารจัดการทางการพยาบาล การนำแนวคิดทางการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และกฎหมาย ทักษะในการสื่อสาร การให้คำปรึกษาและความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งพยาบาลต้องแสดงบทบาททั้งเป็นผู้ดูแลและบริหารจัดการผู้รับบริการกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า ผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากส่วนใหญ่เลือกเข้ารับบริการแก่ไขการมีบุตรยากในสถานบริการภาคเอกชน เนื่องจากมีความพอใจในสะดวกสบาย แม้อัตราค่าใช้จ่ายจะสูง ดังนั้น สิ่งที่แสดงให้เห็นความสำเร็จและความมีคุณภาพก็คือ ผลลัพธ์การพยาบาล ซึ่งได้จากการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยมีตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลเป็นเข็มทิศนำทางและเป็นตัวควบคุมคุณภาพร่วมด้วย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล คือ ข้อบ่งชี้สถานะที่เกิดขึ้นในผู้รับบริการที่มาจากทำให้การพยาบาลที่สามารถวัดได้ (รัชนี สุจิจันทร์รัตน์, 2550) และการวัดผลลัพธ์การพยาบาลเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเภทของตัวชี้วัดมี 3 ประเภท ประกอบด้วย 1) ตัวชี้วัดด้าน

โครงสร้าง (Structural indicators) เป็นการประเมินโครงสร้างการจัดบริการของระบบ 2) ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicators) เป็นการประเมินกระบวนการกิจกรรม หรือขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย และ 3) ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcomes indicators) เป็นการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้บริการ ซึ่งผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย คือ สิ่งที่ได้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ความปลอดภัย ความพึงพอใจ รวมถึงความพิการ หรือการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย

จากสิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นั้น ต้องมีประสิทธิภาพ วัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การปฏิบัติ การรับรู้และทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จึงมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการที่จะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีประโยชน์ต่อพยาบาลโดยการกำหนดบทบาทของพยาบาล ช่วยในการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ประกอบด้วยอะไรบ้าง

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาค้นคว้าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ตั้งแต่รับการวินิจฉัยมีภาวะการมีบุตรยากและเริ่มเข้ากระบวนการรับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก จนถึงการจำหน่าย

2) การวิจัยนี้ใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วย

เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและ/หรือด้านการพยาบาลหญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จำนวน 23 คน ประกอบด้วย

- 2.1) กลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีบุตรยาก จำนวน 5 คน
- 2.2) กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตัวชีวิตในหน่วยงานคุณภาพ จำนวน 5 คน
- 2.3) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้มารับบริการหญิงที่มีบุตรยาก จำนวน 5 คน
- 2.4) กลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านการมีบุตรยาก จำนวน 5 คน
- 2.5) กลุ่มอาจารย์สอนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 3 คน

3) ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

1.5 นิยามศัพท์ในการวิจัย

ผู้ให้บริการหญิงที่มีบุตรยาก หมายถึง ผู้หญิงที่มารับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

การรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หมายถึง การรักษาผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยกรรมวิธีใดๆ ที่เป็นการช่วยการเจริญพันธุ์ที่แตกต่างไปจากกระบวนการตามธรรมชาติ โดยการนำเซลล์สืบพันธุ์ทั้งเพศหญิงและ/หรือเพศชาย (Gamete) ออกจากร่างกายของผู้รับการรักษาและ 1) การเคลื่อนย้ายเซลล์สืบพันธุ์เข้าไปในหลอดมดลูก (Gamete intrafallopian transfer) หรือ 2) การปฏิสนธินอกร่างกาย (In vitro fertilization) ด้วยวิธีการต่างๆ และการเคลื่อนย้ายตัวอ่อนเข้าไปในหลอดมดลูก และ/หรือ โพรงมดลูก (Embryo transfer)

ตัวชีวิต หมายถึง ข้อมูลที่ระบุ/บ่งบอกปริมาณ/ลักษณะของโครงการ หรือแผนงานในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และมีความชัดเจนเพียงพอที่จะใช้เปรียบเทียบ หรือสามารถบ่งบอกการเปลี่ยนแปลงได้

ตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ข้อความหรือสารสนเทศที่ระบุถึงสภาพของผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากและ/หรือครอบครัว ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยาก ตั้งแต่ได้รับบริการที่ศูนย์มีบุตรยาก ที่ทำให้เกิดการตอบสนอง หรือเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม จิตวิญญาณ ทักษะ คุณค่า ความรู้ และพฤติกรรมของผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากและ/หรือครอบครัว โดยใช้แนวคิดตัวชีวิตด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ที่ได้จากการบูรณาการแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล

ของ Moorhead, et al. (2013) ร่วมกับหลักฐานเชิงวิชาการที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ได้ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก หมายถึง สิ่ง que แสดงถึงผลที่รับจากการปฏิบัติกิจกรรมในขณะที่ให้การดูแลหญิงที่มารักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ที่เป็นผลเกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการให้ความรู้แก่หญิงที่มารับบริการภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ ผู้ป่วยมีความรู้/ทักษะในการดูแลด้วยตนเอง การรับประทานอาหาร

3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ หมายถึง สิ่ง que แสดงถึงผลที่รับจากการได้รับบริการการพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดความพอใจในการพยาบาลจากการตอบสนองความต้องการได้ตรงตามความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ซึ่งแสดงลักษณะออกมาในรูปแบบของ พฤติกรรม สีหน้า น้ำเสียง ท่าทางการแสดงออก บ่งบอกทิศทางของผลการประเมินว่า ผู้รับบริการเกิดรู้สึกอย่างไร จึงเป็นสิ่งที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลภาวะมีบุตรยาก

4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา หมายถึง สิ่ง que แสดงถึงผลที่รับจากการได้รับบริการการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่วยเหลือให้ผู้รับบริการและญาติสามารถปรับตัวและสามารถดำเนินชีวิตในสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะเกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1) เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลควรใช้ในการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติ การพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

2) เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการกำหนดแนวการปฏิบัติและพัฒนา ความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

3. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลใช้ในการปฏิบัติงาน ประเมินตนเอง และประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาดัชนีวัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า จากตำรา วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ประกอบ และกำหนดแนวคิดการ ศึกษาวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้

- 2.1 ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก
- 2.2 การรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
- 2.3 การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
- 2.4 แนวคิดตัวชี้วัด
- 2.5 แนวคิดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยาก
- 2.6 เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก

2.1.1 ภาวะมีบุตรยาก (Infertility)

ภาวะมีบุตรยาก หมายถึง การที่คู่สมรสไม่สามารถมีการตั้งครรภ์ได้โดยที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกันอย่างสม่ำเสมอและไม่ได้คุมกำเนิดมาเป็นระยะเวลา 1 ปี หรือระยะเวลา 6 เดือนในกรณีที่คู่สมรสฝ่ายหญิงที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป (โอภาส เศรษฐบุตร, 2010)

2.1.2 ประเภทของภาวะการมีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยาก แบ่งเป็น 2 ประเภท (โอภาส เศรษฐบุตร, 2010) ได้แก่

- 1) ภาวะมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ (Primary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยากในคู่สมรสที่ไม่เคยมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นมาก่อนเลย

2) ภาวะมีบุตรยากแบบทุติยภูมิ (Secondary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยากในกลุ่มสมรสที่เคยมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง โดยที่ไม่ว่าการตั้งครรภ์นั้นเป็นการตั้งครรภ์ที่สิ้นสุดลงด้วยการแท้งหรือการคลอดก็ตาม

2.1.3 สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (พันธุศาสตร์ ศุภระฤกษ์, 2551, น. 34)

สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง พบได้ประมาณร้อยละ 40 โดยสามารถเรียงลำดับจากสาเหตุที่พบได้มากที่สุด ไปยังสาเหตุที่พบน้อยที่สุด ดังนี้

1) ปัจจัยเกี่ยวกับการตกไข่ พบได้บ่อยที่สุดเพราะผู้หญิงส่วนใหญ่แล้วถูกควบคุมโดยฮอร์โมนของต่อมใต้สมองซึ่งถูกอารมณ์ภายนอก เช่น ความเครียด ความกังวล มาเกี่ยวข้องได้ง่าย ผลที่เกิดขึ้นก็คือ มีการตกไข่ไม่สม่ำเสมอ ตกไข่ไม่สมบูรณ์ออกมา จนกระทั่งไม่มีการตกไข่

2) ปัจจัยเกี่ยวกับท่อนำไข่พบได้มากขึ้นเรื่อยๆ ว่ามีผลต่อการมีบุตร ท่อนำไข่นี้เปรียบเสมือนสะพานที่เชื่อมโยงให้ไข่และเชื้ออสุจิมาผสมกัน ซึ่งปกติแล้วจะเกิดขึ้นบริเวณส่วนปลายด้านหนึ่งของท่อนำไข่ ถ้าท่อนำไข่อุดตัน โอกาสที่เชื้ออสุจิจะเดินทางไปพบกับไข่แล้วเกิดการผสมขึ้นย่อมเป็นไปได้ และสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดท่อนำไข่อุดตันในปัจจุบัน คือ การติดเชื้อหนองใน

3) ปัจจัยเกี่ยวกับการเจริญผิดที่ของเยื่อบุโพรงมดลูก คือ การที่เยื่อบุโพรงมดลูกไปเจริญเติบโตอยู่บริเวณรังไข่และอุ้งเชิงกรานและทำให้เกิดถุงน้ำของรังไข่ หรือพังผืดในอุ้งเชิงกรานทำให้ไปขัดขวางต่อกระบวนการเจริญพันธุ์ตามธรรมชาติ

4) ปัจจัยเกี่ยวกับตัวมดลูก การเกิดเนื้องอกของมดลูกบางชนิด โดยเฉพาะที่เกิดภายในโพรงมดลูกหรือเกิดการอักเสบเรื้อรังของเยื่อบุโพรงมดลูก จะทำให้ไข่ที่ถูกผสมแล้วไม่สามารถที่จะฝังตัวได้ และในบางครั้งโพรงมดลูกอาจเกิดการตีบตันได้เหมือนกัน

5) ปัจจัยเกี่ยวกับปากมดลูก ปากมดลูกเปรียบเสมือนประตูที่เชื้ออสุจิจะผ่านเข้าไป ถ้ามีการอักเสบเกิดขึ้นหรือมีมูกไม่เพียงพอ รวมทั้งภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้ออสุจิอยู่ในบริเวณปากมดลูกก็ย่อมจะขัดขวางไม่ให้เชื้ออสุจิผ่านเข้าไปได้

6) ปัจจัยเกี่ยวกับช่องคลอด ช่องคลอดที่อักเสบรุนแรงหรือเรื้อรัง ก็มีผลต่อการมีบุตรเช่นกัน

7) ปัจจัยเกี่ยวกับความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ไม่มีช่องคลอด มีเยื่อหนากั้นช่องคลอด ไม่มีปากมดลูก ไม่มีมดลูก เป็นต้น

8) ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยาก

8.1) อายุของฝ่ายหญิง โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีโอกาสมีลูกยากมากขึ้น โอกาสของการตั้งครรภ์จะเริ่มลดลงอย่างช้าๆ เมื่ออายุ 25 ปี เป็นต้นไป และหลังจากอายุ 30 ปี โอกาสของการตั้งครรภ์จะลดลงอย่างรวดเร็ว

8.2) อายุของฝ่ายชาย ถึงเมื่อสุจิจะสามารถสร้างใหม่ทุก 74 วัน ในทุกช่วงอายุ แต่จากสถิติ ชาย ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสทำให้เกิดการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับชายที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 75 ซึ่งอาจอธิบายได้จากการที่ฝ่ายชายมีอายุมากขึ้น ต้องมีความรับผิดชอบสูงขึ้น เครียดมากขึ้น พักผ่อนน้อยลง สุขภาพและความสมบูรณ์ของร่างกายลดลง ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง จึงทำให้ภรรยาตั้งครรภ์น้อยตามลงไปด้วย

8.3) ความถี่ห่างของการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าการมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ มีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์สูงกว่า และการมีเพศสัมพันธ์กันประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้เกิดโอกาสการตั้งครรภ์ ได้สูงที่สุด

8.4) ความเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น โรคหัวใจ โรคทางหลอดเลือด การติดเหล้า บุหรี่ ยาเสพติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเพศชายทำให้สร้างอสุจิได้น้อยลง ท่อเดินน้ำเชื้ออุดตัน และมีเชื้อโรคบางตัวกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านน้ำเชื้อของตัวเอง ในฝ่ายหญิงส่วนใหญ่ติดโรคจากสามีทำให้ท่อน้ำไข่อุดตัน ปากมดลูกอักเสบ โรคทางนรีเวช ได้แก่ การอักเสบในอุ้งเชิงกราน (Pelvic inflammatory disease : PID) มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น

2.1.4 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา คือ อายุของฝ่ายหญิงซึ่งอายุของฝ่ายหญิงที่มากขึ้น โดยเฉพาะอายุที่มากกว่า 35 ปีจะมีโอกาส การตั้งครรภ์ลดลง รวมถึงระยะเวลาที่มีภาวะมีบุตรยาก พบว่า ยิ่งนานโอกาสการตั้งครรภ์จะลดลงในทางปฏิบัติ หากอายุของฝ่ายหญิงที่มากกว่า 35 ปี สามารถเริ่มรักษา ภาวะนี้ได้หลังมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอแล้วไม่ตั้งครรภ์ ภายใน 6 เดือนโดยไม่จำเป็นต้องรอให้ครบระยะเวลา 1 ปี ก่อนเริ่มการรักษา (Tomlinson, et al., 1996)

ในกรณีตรวจไม่พบปัจจัยที่สำคัญและอสุจิอยู่ในเกณฑ์ปกติอาจให้คำแนะนำพื้นฐานไปก่อนได้ เช่น

1) การนับวันไข่ตก ซึ่งในกรณีการนับวันไข่ตก และมีเพศสัมพันธ์นั้น แนะนำได้ในกรณีที่ฝ่ายหญิง มีประจำเดือนสม่ำเสมอ แสดงถึงการตกไข่ที่น่าจะดี ทำให้โอกาสในการปฏิสนธิเพิ่มขึ้น วิธีคำนวณวันไข่ตกในหญิงที่มีประจำเดือนสม่ำเสมอนั้นคำนวณได้จาก ระยะห่างระหว่างรอบเดือน (Interval of menstruation) โดยนับจำนวนวันได้จากวันแรกของการมีประจำเดือน ถึงวันแรกของการมีประจำเดือนรอบถัดไป ซึ่งปกติไข่จะตกก่อนมีประจำเดือนประมาณ 12 ถึง 14 วัน เช่น ถ้าระยะห่างระหว่างรอบเดือน เท่ากับ 32 วัน ไข่จะตก วันที่ 18 ถึง 20 ของรอบเดือน (Day of cycle) โดยคำแนะนำ คือ การมีเพศสัมพันธ์กันเองในช่วงที่คำนวณว่าน่าจะมีไข่ตกวันเว้นวัน อย่างน้อย 3 วัน

2) การให้ยาเพื่อเพิ่มจำนวนการตกไข่หรือการชักนำการตกไข่ในฝ่ายหญิงนั้น การรักษาขึ้นกับสาเหตุที่ตรวจพบยาที่มีใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ ยา Clomiphene citrate, Aromatase inhibitor และ

Gonadotropin โดยปกติ เมื่อเริ่มใช้ยากลุ่มเหล่านี้จำเป็นต้องมีการตรวจติดตามเพิ่มเติม โดยทำการตรวจคลื่นความถี่สูงผ่านทางช่องคลอด เพื่อตรวจการเติบโตของฟองไข่และผลข้างเคียงที่อาจพบได้หลังจากที่ตรวจแล้วหากพบมีฟองไข่ใบหนึ่ง โตมากกว่าใบอื่น (Dominant follicle) อาจแนะนำให้มียาฮอร์โมนตัวเองหรืออาจทำการฉีดเชื้อก็ได้

3) การฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก (Intrauterine insemination, IUI) เป็นการรักษามาตรฐานของการรักษาภาวะมีบุตรยากในกรณีที่อยู่ใกล้ปกติหรือ มีความผิดปกติเล็กน้อย และคู่สมรสที่มีบุตรยาก แบบหาสาเหตุไม่พบ เพื่อเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์การฉีดเชื้อ เข้าโพรงมดลูกจำเป็นต้องมีการเตรียมอสุจีก่อนทำการฉีดเข้าสู่โพรงมดลูก เพื่อลดภาวะแพ้ (Anaphylactoid reactions) ของฝ่ายหญิงต่อส่วนประกอบในน้ำเชื้อ เช่น สาร Prostaglandins การเตรียมอสุจิส่วนใหญ่ประกอบด้วย การล้างอสุจิ และการปั่นแยกอสุจิ (ESHRE Capri Workshop Group, 2009; Youn, et al., 2011) เพื่อให้ได้ตัวอสุจิที่สามารถเคลื่อนที่ได้ดีเพียงอย่างเดียว ก่อนทำการฉีดเชื้อ เข้าโพรงมดลูกฝ่ายหญิง

การรักษาภาวะมีบุตรยากที่มีสาเหตุจากฝ่ายหญิง ส่วนใหญ่รักษาตามสาเหตุ ได้แก่

1) ความผิดปกติจากตัวมดลูกเช่น ความผิดปกติที่พบบ่อยในมดลูก ได้แก่ การมีติ่งเนื้อในโพรงมดลูก (Endometrial polyp) จากการรายงานต่างๆ ในปัจจุบัน พบว่าควรทำการผ่าตัดรักษาในติ่งเนื้อที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 มิลลิเมตร ในโพรงมดลูกฝ่ายหญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก หรือมีอาการเลือดออกผิดปกติจากติ่งเนื้อดังกล่าว การผ่าตัดเพื่อนำติ่งเนื้อเหล่านั้นออกก่อนทำการรักษา ภาวะมีบุตรยาก จะทำให้เพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ได้ (Salim, et al., 2011; Stamatellos, 2008) สำหรับเนื้องอกมดลูก (Myoma uteri) แนะนำให้ทำการผ่าตัดแก้ไขก่อนการรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยเฉพาะถ้ามีเนื้องอกมดลูกชนิดที่อยู่ในโพรงมดลูก (Submucous myoma) ส่วนเนื้องอกมดลูกแบบอื่นๆ นั้น เช่น เนื้องอกที่กล้ามเนื้อมดลูก (Intramural myoma) หรือเนื้องอกที่ผิวด้านนอกมดลูก (Subserousmyoma) ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าการผ่าตัดมีประโยชน์ต่อการรักษาภาวะมีบุตรยาก อาจมีคำแนะนำให้ทำการผ่าตัดรักษาในกรณีที่มีเนื้องอกมีขนาดใหญ่เกิน 4 เซนติเมตร (Somigliana, et al., 2007; Zepiridis, Grimbizis, & Tarlatzis, 2016)

2) ความผิดปกติบริเวณท่อนำไข่ เช่น ท่อนำไข่อุดตันจากการทำหมัน หรืออุดตันจากการอักเสบ ติดเชื้อ รวมถึงจากภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ซึ่งการรักษาจะพิจารณาว่าสามารถผ่าตัดแก้ไขภาวะ ดังกล่าวได้หรือไม่ ในกรณีที่สามารถผ่าตัดรักษาได้ จะทำการผ่าตัดก่อน แต่ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัด แก้ไขได้ก็สามารถใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยการทำการปฏิสนธิออกร่างกายจนได้ตัวอ่อนแล้วทำการย้ายตัวอ่อนกลับโพรงมดลูกเพื่อการตั้งครรภ์ต่อไป

3) ความผิดปกติของการทำงานของรังไข่ พบว่า ภาวะไข่ไม่ตกเป็นสาเหตุที่พบได้ค่อนข้างบ่อย ซึ่งภาวะ ไข่ไม่ตกนี้มีสาเหตุได้มากมาย แต่พบว่าภาวะที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของหญิงที่มีภาวะมี

บุตรยากคือ ภาวะที่ รังไข่มีถุงน้ำหลายใบ (Polycystic ovarian syndrome, PCOS) การรักษาทำได้โดยการลดน้ำหนักพร้อมกับให้ยาที่ชักนำการตกไข่ เช่น ยากลุ่ม Clomiphene citrate หรือ ยาเพิ่มความไวอินซูลิน (Insulin sensitizer) หรือยากลุ่ม Aromatase inhibitor รวมถึงยาในกลุ่ม Gonadotropin จากการศึกษาพบว่า อัตราความสำเร็จในการชักนำ ไข่ตกสูงถึงร้อยละ 70 - 80 และมีอัตราการตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 20 - 30 ในบางกรณีที่มีการทำงานของรังไข่ ไม่ดีสามารถให้ยาในกลุ่มต่างๆ เพื่อกระตุ้นไข่ เช่น Clomiphene citrate และ Gonadotropin เพื่อให้ไข่ตกจำนวน 2-3 ใบ เพื่อเพิ่มอัตราการปฏิสนธิเองในกรณี ที่ภาวะมีบุตรยากนั้นไม่มีสาเหตุชัดเจน

2.2 การรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

2.2.1 เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technology, ART)

ชลธิชา สติระพจน์ และวิชาญ โขchnerะศิริ (2560) กล่าวว่า เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หมายถึง การใช้เทคโนโลยีต่างๆ ในการปฏิสนธินอกร่างกายร่วมกับการเลี้ยงตัวอ่อน เพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ให้แก่คู่สมรส ในปัจจุบันมีการพัฒนามากขึ้นและมีค่าใช้จ่ายที่เรียกกระบวนการรักษาต่างๆ ดังนี้

1) Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) เป็นการพัฒนารักษาภาวะมีบุตรยากในช่วงแรก ซึ่งทำโดยการเจาะเซลล์ไข่ออกจากรังไข่ของฝ่ายหญิง จากนั้นนำกลับเข้าสู่ท่อ นำไข่ของฝ่ายหญิงพร้อมกับ เซลล์อสุจิของฝ่ายชาย เพื่อให้เกิดการปฏิสนธิภายใน บริเวณท่อ นำไข่และมีการพัฒนาเป็นตัวอ่อนและ สามารถตั้งครรภ์ต่อไปในการรักษาด้วยวิธีนี้ฝ่ายหญิง จำเป็นต้องมีท่อ นำไข่ที่ปกติอย่างน้อยหนึ่งข้าง เพื่อใช้ในการให้เซลล์ไข่และเซลล์อสุจิกลับเข้าไป เพื่อการปฏิสนธิต่อไป

2) Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT) หลังจากที่มีกระบวนการเลี้ยงเซลล์สืบพันธุ์ ได้ดีขึ้นจึงได้มีการนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิมาทำการปฏิสนธิ นอกในร่างกายจนได้ตัวอ่อนในระยะ 1-2 วัน จากนั้นทำการย้ายตัวอ่อนในระยะต้นดังกล่าวกลับสู่ท่อ นำไข่ของฝ่ายหญิงเพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์ซึ่งการรักษา ด้วยวิธีนี้ฝ่ายหญิงจำเป็นต้องมีท่อ นำไข่ที่อย่างน้อย หนึ่งข้างเพื่อใช้เป็นที่ย้ายตัวอ่อนในระยะดังกล่าวกลับได้

3) In Vitro Fertilization (IVF) คือ การนำเซลล์ไข่ และเซลล์อสุจิมาทำการปฏิสนธินอกร่างกาย เพื่อให้ได้เซลล์ตัวอ่อนในระยะต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันมีการเลี้ยงตัวอ่อน จนถึงระยะวันที่ 3 หรือวันที่ 5 จากนั้นจึงทำการย้ายกลับ โพรงมดลูกฝ่ายหญิงต่อไป

4) Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) คือ กระบวนการช่วยในการปฏิสนธินอกร่างกาย โดยการใช้เซลล์อสุจิ 1 เซลล์ทำการฉีดเข้าไปในเซลล์ไข่ 1 ใบ ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการปฏิสนธิได้และนิยมใช้ในกรณี ที่ฝ่ายชายมีปริมาณอสุจิน้อย

5) Cryopreserved embryo transfers คือ กระบวนการแช่แข็งตัวอ่อน ปัจจุบันทำเพื่อเก็บรักษาตัวอ่อนที่เหลือ จากการย้ายตัวอ่อนแล้ว รวมถึงเป็นการแช่แข็งตัวอ่อนเพื่อรอการตรวจวินิจฉัยตัวอ่อนก่อนการย้ายได้

6) Donor oocytes คือ กระบวนการใช้ไข่บริจาค เพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก ที่ไม่สามารถกระตุ้นไข่ได้ เช่น คุณภาพไข่น้อย (Poor ovarian reserve) และภาวะรังไข่ล้มเหลว (Ovarian failure) เป็นต้น

ในกระบวนการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นั้น พยาบาลมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยก่อน หลัง และช่วยประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

2.3 การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย

2.3.1 การประเมินภาวะมีบุตรยาก (สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์, 2555) ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจ พิเศษต่างๆ ดังนี้

1) การซักประวัติ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในเรื่อง เพศ อายุ โรคประจำตัว ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ระยะเวลาของการสมรส ระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้คุมกำเนิด ประวัติที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอด รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องเพศสัมพันธ์ ของคู่สมรสด้วย ได้แก่ ลักษณะประจำเดือน ความสม่ำเสมอ ระยะเวลา ความถี่ห่างของรอบเดือน จำนวนวันที่มาในแต่ละรอบเดือน ปริมาณประจำเดือน การปวดประจำเดือน อาการปวดท้องน้อย อาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ ความบ่อยของการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดโดยวิธีต่าง ๆ ที่เคยใช้ รวมถึงการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคทางกายอื่น ๆ ซึ่งอาจมีผลต่อการมีบุตรยาก เช่น ภาวะซีด เบาหวาน ไทรอยด์ ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน ลักษณะผิดปกติของฮอร์โมนเพศ อาการน้ำนมไหลร่วมกับขาดประจำเดือน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นสำหรับแพทย์ที่จะให้การสนับสนุนว่าปัจจัยใดบ้างที่อาจเป็นสาเหตุให้คู่สมรสมีบุตรยาก และน่าจะเกิดจากปัจจัยของฝ่ายหญิงหรือฝ่ายชาย

2) การตรวจร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การคำนวณดัชนีมวลกาย การตรวจร่างกายทั่วไป การคลำต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลือง และการตรวจลักษณะทางเพศว่าเจริญเติบโตเหมาะสม ตามอายุหรือไม่ การตรวจภายใน (PV) เพื่อดูตำแหน่งและลักษณะของมดลูกว่าเป็นแบบคว่ำหรือหงาย ตรวจดูอวัยวะเพศ ว่ามีลักษณะกายภาพปกติหรือไม่ มีการอักเสบหรือ

ติดเชื้อหรือไม่ คลำหาก้อนผิดปกติในอุ้งเชิงกรานและรังไข่ หรือตรวจว่ามีรูเปิดทะลุระหว่างช่องคลอด และทวารหนัก (Fistula) หรือไม่ การตรวจ Pap smear เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ได้แก่ Blood group, Rh factor, VDRL, HBs-Ag, Anti-HIV, CBC, Hb typing และการตรวจเพิ่มเติมจะพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ในฝ่ายหญิง ได้แก่ การตรวจ FSH, LH, estradiol และ prolactin level ในวันที่ 2-3 ของการมี ประจำเดือน เพื่อประเมินการทำงานของรังไข่ และตรวจระดับ Anti-mullerian hormone (AMH) เพื่อประเมิน ovarian reserve การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) ทางช่องคลอด การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก (Hysteroscopy) การฉีดสีเอ็กซ์เรย์โพรงมดลูกและท่อนำไข่ (Hysterosalpingography) การส่องกล้องทางหน้าท้องเพื่อดูท่อนำไข่ (Laparoscopic chromotubation) การตรวจ Sonohysterosalpingography การตรวจ DNA, RNA, PCR test for Chlamydia การตรวจประเมินทางภูมิคุ้มกันต่างๆ (Anti-sperm antibody, Lupus anticoagulant และ Anti-cardiolipin antibodies) การตรวจ thrombophilia และการตรวจวิเคราะห์ทาง พันธุกรรม ส่วนการค้นคว้าเพิ่มเติมในเพศชาย ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์น้ำเชื้ออสุจิ (Semen analysis) และการตรวจทางพันธุกรรม

2.3.2 บทบาทพยาบาลในการดูแลครอบครัวที่มีบุตรยาก

การให้การพยาบาล ครอบครัว คือ การส่งเสริมภาวะสุขภาพอนามัยของ ครอบครัว ดังนั้น พยาบาล จะทำหน้าที่หลายบทบาท เพื่อช่วยให้ครอบครัวและสมาชิกทุกคนผ่านพ้นวิกฤตรักษาสมดุลของ ครอบครัวต่อไปได้ บทบาทและหน้าที่ ของพยาบาลในการดูแลครอบครัวผู้มีบุตรยากตาม ขอบเขตของการพยาบาลครอบครัวเป็น ดังนี้ (จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, 2555)

1) ผู้สอนสุขศึกษา (Health educator) การพยาบาลผู้มีบุตรยากนั้นเป็นการพยาบาลที่ต้อง สอดคล้องกับการรักษาการดูแลครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งไม่เพียงแต่ผู้รับบริการเพียง 1 คน แต่หากเป็น 2 คนขึ้นไป ซึ่งรวมเป็นครอบครัวด้านร่างกาย พยาบาลมีบทบาทในการสอนเพื่อส่งเสริมให้ คู่สมรสมีสุขภาพดี เตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ รวมถึงการดูแลตนเองขณะรักษา เช่น การฉีด สอร์โมน การตื่นตามเวลาเพื่อวัดอุณหภูมิร่างกาย ถ้าการรักษาได้ผลจะรวมไปถึงการสอนสุขศึกษา เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ด้านจิตใจ เนื่องจากการมีบุตรยากเป็นสาเหตุ ของความเครียดที่สำคัญอย่างหนึ่งของคู่สมรส สตรีที่มีบุตรยากมักคาดหวังการดูแลอย่างมืออาชีพจาก แพทย์และพยาบาลการสอนของพยาบาลจะสามารถช่วยลดความทุกข์ใจ การส่งเสริมการดูแลตนเอง การฟื้นฟู และความเข้มแข็งรวมถึงทัศนคติที่ดีต่อการรับการรักษาให้กับคู่สมรสที่มีบุตรยากได้

2) ผู้แนะแนวหรือผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเป็นบทบาทสำคัญ บทบาทหนึ่งที่พยาบาลควรตระหนักและนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ตนเองเป็น แหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวสามารถ เลือกใช้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจการแก้ไข ปัญหา

ครอบครัว โดยการเสนอทางเลือกแก่ครอบครัว พยาบาลต้องคำนึงเสมอว่าคนต้องไม่ตัดสินใจแทนครอบครัว เป้าหมายในการเป็นผู้แนะนำในครอบครัวที่มีบุตรยากนี้เพื่อให้คงไว้ซึ่งพัฒนาการของครอบครัว โดยการแนะนำเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ที่จะเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดา มารดา ทางเลือกที่พยาบาลควรแนะนำสรุปได้

3) สัมพันธภาพระหว่างการปรึกษา (Interpersonal counseling) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้มารับบริการที่เป็นคู่สมรสที่มีบุตรยากเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากพยาบาลจะเห็นผู้รับบริการตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนสิ้นสุดกระบวนการพยาบาลจะสามารถประทับใจของคู่สมรสได้แนวทางให้คำปรึกษาของพยาบาลแก่ผู้ที่มีบุตรยาก ได้แก่ การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล พยาบาลควรให้ ข้อมูลโดยใช้ภาษาที่คู่สมรสเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน จนเกินไป การให้ความหมายและคำอธิบายเพื่อให้คู่สมรสเข้าใจกระบวนการตรวจรักษาและใช้ประกอบการตัดสินใจที่ถูกต้อง และให้คำปรึกษาเชิงรักษาซึ่งจำเป็น ในกรณีที่คู่สมรสมีปัญหาด้านจิตใจและการปรับตัวมากพยาบาลควรส่งต่อให้ผู้ที่เชี่ยวชาญในด้านนี้ เช่น จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา

4) ที่ปรึกษา (Consultant) พยาบาลครอบครัว หรือพยาบาลคลินิกมีบุตรยากนอกจากจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลให้คำแนะนำปรึกษาแก่ คู่สมรสที่มีบุตรยากแล้วยังสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ร่วมวิชาชีพที่ทำงานให้บริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตรยากหรือเป็นหมันได้

2.3.3 ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีบุตรยาก

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่มีบุตรยาก การใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว ถึงแม้ว่าจะไม่แตกต่างกันในหลักการแต่สิ่งที่แตกต่างกัน คือ ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวมีขอบเขตการปฏิบัติที่กว้างกว่าเพราะพยาบาลต้องดูแลทั้งตัวบุคคล และครอบครัว ดังนั้น การพยาบาลครอบครัวจึงจำเป็นต้องเน้นที่บุคคลและครอบครัวนั้นด้วยวิธีการที่พยาบาลใช้ในการให้การดูแลบุคคลในการให้การพยาบาลครอบครัว คือ กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ได้แก่ 1) การประเมินข้อมูล โดยการประเมินระดับครอบครัวและระดับบุคคล 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยกำหนดปัญหาทางสุขภาพทั้งระดับ ครอบครัวและระดับบุคคล 3) การวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายการพยาบาล ระบุแหล่งสนับสนุนของครอบครัว กำหนดทางเลือกที่เป็นไปได้และเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการให้การพยาบาล โดยพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวเป็นแนวทางในการประเมินครอบครัวผู้ที่มีบุตรยาก

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ตามทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวที่ยังไม่มีบุตรมีความต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือในด้านการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ปัญหาเพศสัมพันธ์ การปรับบทบาทของคู่สมรส การเตรียมตัวตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์

ความต้องการทางด้านสุขภาพ ในกรณีผู้มีบุตรยาก คือ การขอรับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับสาเหตุ การตรวจรักษารวมถึงค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา การพยาบาลพยาบาลควรให้การดูแล ผู้รับบริการให้สอดคล้องกับพันธกิจและความต้องการทางด้านสุขภาพ การดูแลให้บรรลุพันธกิจของ ครอบครัว ได้แก่ การสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีภรรยาการสร้าง ความสัมพันธ์กับญาติแต่ละฝ่ายและการวางแผนครอบครัวดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การดูแลตาม ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่

1) การซักประวัติและค้นหาสาเหตุการมีบุตรยากเบื้องต้น พยาบาลควรมีทักษะในการซัก ประวัติทั่วไปและประวัติทางสูตินรีเวช ได้แก่ ประวัติการ เจ็บป่วย ประวัติการแต่งงานและ การคุมกำเนิด ประวัติทางนรีเวชของฝ่ายหญิง ภาวะการเจริญพันธุ์ของฝ่ายชาย และฝ่ายหญิง การมี เพศสัมพันธ์ที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรค ต่อการมีบุตร เป็นต้น (สมลิจุจน์ เพ็ชรยิ้ม, 2552) และคู่สมรสควร ได้รับการ ตรวจร่างกายเบื้องต้นในทุกกระบบจากพยาบาล และตรวจรายละเอียดเพิ่มเติมโดยแพทย์ สาเหตุของการมีบุตรยากนั้นเป็นหัวใจสำคัญของการตรวจรักษาการมีบุตรยาก เพราะสาเหตุของคู่ สมรส แต่ละคู่ไม่เหมือนกันทำให้การรักษาแตกต่างกัน เพราะฉะนั้นพยาบาลควรมีความสามารถใน การค้นหาสาเหตุ และความเป็นไปได้ของการมีบุตรยากเบื้องต้น ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักที่สำคัญอย่าง หนึ่งของพยาบาล รวมถึงการแนะนำ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นที่สอดคล้องกับสาเหตุ จะสามารถทำให้คู่ สมรสบางคู่สามารถมีบุตร โดยวิธีการธรรมชาติมากที่สุดอันเป็นเป้าหมายแรก ก่อนที่จะแนะนำพบ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และรับการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เป็นอันดับรองลงมา การร่วม เพศตามธรรมชาติพยาบาลควรทราบช่วงเวลาที่ทำให้การร่วมเพศแล้วมีโอกาสตั้งครรภ์สูงสุด (The fertile window) คือ การที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ประมาณ 5 วัน ก่อนมีการตกไข่ จนถึงวันที่มีไข่ตก โดย การร่วมเพศทุกวันหรืออย่างน้อยวันเว้นวันระยะนี้จะสามารถเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ได้ (พิทักษ์ เลาะห์เกริกเกียรติ, 2552) มีการศึกษาพบว่า ในคู่สมรสที่มีการเจริญพันธุ์ปกติ การร่วมเพศทุกวันจะเพิ่ม โอกาสตั้งครรภ์ มากกว่าคนที่ร่วมเพศนานๆ ครั้ง ถึงแม้ความเข้มข้นของอสุจิจะลดลงก็ตาม แต่ยังมี จำนวนหนึ่งที่อยู่ในวิสัยที่จะปฏิสนธิได้ (Katz, 1991) หรือ อาจแนะนำให้ร่วมเพศวันเว้นวันได้ (Stanford, White, & Hatasaka, 2002) การหาโอกาสการตั้งครรภ์สูงสุดโดยการร่วมเพศตามระยะ เวลาที่ กำหนด เหมาะสำหรับแนะนำคู่สมรสที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่คาดว่าสาเหตุการมีบุตรยากมาจากการมี เพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง ส่วนผู้ที่มีอายุมาก และคาดว่าไม่ได้มีสาเหตุมาจากระยะการร่วมเพศนั้น ควร แนะนำให้ตรวจหาสาเหตุอื่นสำหรับคู่สมรสที่ยังไม่เคยไปตรวจรักษาและไม่ทราบว่าจะเริ่มจาก ตรงไหน สามีหรือภรรยาควรไปรับการตรวจรักษา ก่อนนั้นพยาบาลควรแนะนำให้ฝ่ายสามีไปตรวจ น้ำเชื้ออสุจีก่อน ถ้าปกติจึงแนะนำให้ภรรยาไปตรวจเพราะผลการตรวจน้ำเชื้ออสุจิที่ผิดปกติจะมีผลต่อ

การเปลี่ยนแปลงการรักษา (พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ, 2552; Speroff, & Fritz, 2005) และการตรวจหาสาเหตุการมีบุตรยากของฝ่ายหญิงมีหลายวิธี และยุ่งยากมากกว่าฝ่ายชาย

2) การแนะนำส่งต่อให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคู่สมรส ที่มีบุตรยากการแนะนำ ส่งต่อเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญ โดยแนะนำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งคลินิกเอกชน หรือสถานพยาบาลของรัฐ จะทำให้ผู้มีบุตรยากได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอในการ ประกอบการตัดสินใจที่ดีที่สุดได้ไม่ว่าจะเป็นการเลือก แพทย์ผู้รักษา วิธีการรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการรับการรักษาต่อไป

3) การดูแลเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่ระยะพัฒนาการต่อไปเมื่อเกิดการตั้งครรภ์สตรีที่มีบุตรยาก เมื่อตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลรักษาในคลินิกเฉพาะทางการรักษาผู้มีบุตรยากหรือแผนกฝากครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูง การดูแลพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานการดูแล การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy) แม้การตั้งครรภ์จะเป็นไปอย่างปกติก็ตาม เพราะถือว่าสตรีเหล่านี้เป็นผู้มีบุตรยาก การตั้งครรภ์ในแต่ละครั้ง หมายถึง การใช้ความพยายาม และการลงทุนอย่างที่สุดของสตรีและครอบครัวนั้นๆ พร้อมกับความคาดหวัง ที่มากขึ้นด้วย การให้คำแนะนำ ในการสังเกตความผิดปกติการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านจิตใจ เพราะความเครียด หรือปัจจัยทางด้านจิตใจ นอกจากจะเป็นสาเหตุหนึ่งของการมีบุตรยาก แล้ว (Cwikel, Gidron, & Sheiner 2004; Verhaak, et al., 2007) ยังส่งผลต่อระดับฮอร์โมนในสตรีและการตั้งครรภ์ด้วย (Damti, et al., 2008) โดยอาจทำให้เกิดการแท้ง ทารกโตช้าในครรภ์ น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดได้ การพยาบาลในแผนกฝากครรภ์จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่จะช่วยให้มีความปลอดภัย ทั้งแม่และลูกตลอดการตั้งครรภ์ ส่วนระยะคลอดและระยะหลังคลอด พยาบาลควรดูแลตามลักษณะของการคลอดว่าคลอดปกติหรือใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอดโดยยึดหลักการ “ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย”

สรุปได้ว่า ภาวะการมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อคู่สมรสที่ต้องการมีบุตรแต่ไม่สามารถมีได้ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ อารมณ์และจิตสังคมที่ทำให้เกิดความเครียด ความกลัว และภาวะซึมเศร้าได้ ผลกระทบด้านครอบครัวทำให้เกิด ช่องว่างระหว่างสามีภรรยาและญาติพี่น้อง อาจร้ายแรงถึงขั้นต้องหย่าร้างของคู่สามีภรรยา นอกจากนี้การรักษายังทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การแท้ง ตั้งครรภ์แฝด ตั้งครรภ์นอกมดลูก ฯลฯ แต่คู่สมรสยังมีแนวโน้มรับการปรึกษาและรักษาในคลินิกมีบุตรยากมากขึ้นในปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมชีวิตครอบครัวให้ถูกเติมเต็มด้วยการมีบุตร ผลลัพธ์มีทั้งการสมหวังและผิดหวัง พยาบาลในฐานะทีมสุขภาพที่ให้การดูแลภาวะมีบุตรยาก จึงต้องมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการที่มีลักษณะ เฉพาะของคู่สมรสที่มีบุตรยากนี้เพื่อให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงพยาบาลเวชปฏิบัติด้วย

2.4 แนวคิดตัวชี้วัด

การประเมินคุณภาพการพยาบาลที่มีความปลอดภัยนั้น จำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์หรือเครื่องมือในการวัดเพื่อประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงถูกนำมาใช้ เพื่อประเมินความปลอดภัย ดังนั้น การเข้าใจในความหมาย ชนิดของตัวชี้วัดและประโยชน์ของตัวชี้วัดเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น

2.4.1 ความหมายและความสำคัญของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดเป็นสิ่งที่บ่งชี้ สิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสิ่งที่ใช้บ่งชี้ทิศทางในการทำบางสิ่งบางอย่าง พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary, 1998) หมายถึง สิ่งที่ใช้ระบุทั้งบุคคลหรือสิ่งของการใช้ อุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องชี้วัด ระบุปริมาณ หรือชี้เพื่อการวัดหรือบันทึก

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2551) ให้ความหมาย ตัวชี้วัด หมายถึง ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ บอกสถานภาพหรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงานหรือผลการดำเนินงานและผลสัมฤทธิ์ (Result) ซึ่งเป็นสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายขององค์กร

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ให้ความหมายของ ตัวชี้วัด หมายถึง สารสนเทศที่เป็นตัวเลขที่บอกจำนวนปัจจัยนำเข้า ผลผลิต และผลการดำเนินการ ของกระบวนการหรือสะท้อนการดำเนินการกับเกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

ผดุงชัย ภูพัฒน์ (2551) ให้ความหมาย ตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่บอกสภาพ หรือสถานะในลักษณะใดลักษณะหนึ่งในเชิงปริมาณ หรือคุณภาพของสถานการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ณ ที่ใดที่หนึ่ง

ธิดา นิงสานนท์ และเสาวคนธ์ รัตรวิจิตราศิลป์ (2551) ได้ให้ความหมายของตัวชี้วัด หมายถึง เป็นดัชนี ดัชนีวัด หรือ ค่าบ่งชี้ เป็นเครื่องมือในการวัด เป็นตัวแปรที่ใช้บอกสถานการณ์หรือพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งมีการพัฒนาให้เป็นตัวแปรมาตรฐาน มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ เหมาะแก่การใช้วัดซ้ำๆ หรือวัดสิ่งเดียวกันในหลายที่ เพื่อเปรียบเทียบกันได้

Joint Commission on Accreditation of Assurance : JCAHO (1989) ให้ความหมายของตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่มีไว้ใช้วัดผลงาน (Performance) ได้แก่ ความสามารถของบุคคล และองค์กรในการจัดบริการที่มีคุณภาพหรือผลลัพธ์ ของการปฏิบัติ ซึ่งได้แก่การปฏิบัติกิจกรรมบริการที่เหมาะสม และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ

จากความหมายของตัวชี้วัดดังกล่าวนี้ สรุปได้ว่า ความหมายของตัวชี้วัด หมายถึง ค่าที่สังเกตได้ หรือสิ่งที่ใช้ในการกำกับแนวทางบ่งบอก สถานภาพหรือสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่ต้องการจะวัด โดยการเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อทำให้ทราบสภาพของสิ่งที่ต้องการวัดทั้งระดับ

ขนาดและความรุนแรงของปัญหา โดยใช้เป็นเครื่องมือที่สามารถวัดหรือใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลทั้งกระบวนการดูแลทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล

2.4.2 ประเภทของตัวชี้วัด

ประเภทของตัวชี้วัด จำแนกได้หลายลักษณะ ไม่ได้มีกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวัด เรื่องที่ต้องการศึกษาและต้องนำตัวชี้วัดไปใช้ในการวัด

Bernstein & Hilborne (1993) พิจารณาจากผลผลิตทางคุณภาพของ โคนาบีเดียน (Donabedian, 1980) ซึ่งประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ แสดงให้เห็นถึงเครื่องชี้วัดคุณภาพ 3 ประเภท คือ

1) ตัวชี้วัดคุณภาพด้าน โครงสร้าง (Structural indicator) เป็นตัวชี้วัดในด้าน โครงสร้างของการจัดบริการของระบบ เช่น จำนวนเตียงของสถานพยาบาล

2) ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) เป็นตัวชี้วัดในด้านกระบวนการ กิจกรรมหรือขั้นตอนในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เช่น ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

3) ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome indicators) เป็นการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น หรือการประเมินสิ่งที่ไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้บริการการดูแล สามารถแบ่งได้โดยเป็นรูปแบบของผลลัพธ์ระหว่างกระบวนการ (Proximate outcome) ซึ่งจะจับจ่าย นำเข้าแก่ขั้นตอนต่อไปในการให้บริการ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่ถูกต้องและผลลัพธ์ขั้น สุดท้าย (Ultimate outcome) ได้แก่ สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงความพิการ เสียชีวิต และเกิด ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผดุงชัย ภูพัฒน์ (2551) ได้แบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) จำแนกโดยใช้ตัวแปรต่างๆ ที่นำมากำหนดตัวชี้วัด ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.1) ตัวชี้วัดแทน (Representative indicators) เป็นตัวชี้วัดที่มีลักษณะง่ายที่สุด ซึ่งจะใช้ในงานวิจัย การบริหารและการวางแผน โดยเลือกตัวแปรหนึ่งตัวมาสะท้อนแง่มุมของระบบ

1.2) ตัวชี้วัดเดี่ยว (Disaggregative indicators) ตัวชี้วัดประเภทนี้ไม่นิยมใช้ เพราะมีความยุ่งยากและมีความละเอียดในการจัดทำ

1.3) ตัวชี้วัดรวม (Composite indicators) เป็นการรวมตัวแปรจำนวนหนึ่ง เข้าด้วยกัน ค่าที่ได้จะเป็นค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่นำมารวมกัน

2) การแบ่งตัวแปรโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงระบบ (System analysis theory) โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

2.1) ตัวชี้วัดปัจจัย (Input indicators) เป็นตัวชี้วัดที่บอกถึงปัจจัยของระบบ เช่น ด้านทรัพยากร หรือความต้องการที่มีต่อระบบ

2.2) ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงการ ดำเนินงาน หรือการใช้กระบวนการจัดการ

2.3) ตัวชี้วัดผลผลิต (Output indicators) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงสภาพของ ผลผลิตทั้งด้านปริมาณและระดับของผลผลิต

2.4.3 คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี

ผดุงชัย ภูพัฒน์ (2551) กล่าวว่า คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดีต้องสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการวัด ตัวชี้วัดจะต้องมีความตรง (Validity) คือสะท้อนให้เห็นถึงสถานะในด้านต่างๆ ของสิ่งที่ต้องการวัด และมีความเที่ยงตรง (Reliability) เป็นรูปธรรมที่สามารถวัดหรือสังเกตได้อย่างชัดเจนมีความไวให้เห็นถึงความแตกต่างมีความน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับจากผู้ใช้ในการวัดและผู้เกี่ยวข้อง

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ : ก.พ.ร. (2552) ได้กำหนดตัวชี้วัดตามแนวทางของ “SMART Objective” ดังนี้

S (Specific) = ความเฉพาะเจาะจงตัวชี้วัดควรมีความชัดเจนและมีความหมายมุ่งไปยังสิ่งที่วัดควรกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจนไม่กำกวมเพื่อมิให้เกิดการตีความผิดพลาดและเพื่อสื่อสารความเข้าใจให้ตรงกันทั่วทั้งองค์กร

M (Measurable) = วัดได้ตัวชี้วัดต้องสามารถนำไปวัดผลการปฏิบัติงานได้จริงข้อมูลที่ได้จากการวัดสามารถนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดอื่นและใช้วิเคราะห์ความหมายทางสถิติได้

A (Attainable)/(Achievable) = ความสามารถในการบรรลุผลสำเร็จขององค์กรไม่ควร ใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักที่องค์กรไม่สามารถควบคุมให้เกิดผลได้โดยตรง

R (Realistic) = มีความสมจริงตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักมีความเหมาะสมกับองค์กรและไม่ใช้ต้นทุนการวัดที่สูงเกินไป

T (Time bound) = ภายใต้อุปเวลาที่เหมาะสมสามารถชี้วัดผลการปฏิบัติงานได้ในเวลาที่กำหนดควรปรับปรุงตัวชี้วัดให้ทันสมัยอยู่เสมอ

สรุปได้ว่า ตัวชี้วัดที่ดีต้องมีความสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการวัด สามารถสะท้อนถึงสถานะของสิ่งที่ต้องการวัดได้ สามารถนำไปวัดผลการปฏิบัติงานได้จริง มีความชัดเจนและมีความเฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่ต้องการวัด ดังนั้น ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จึงควรเป็นตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนถึง

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่สะดวกในการนำไปใช้และสามารถใช้ได้จริง รวมถึงต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

2.4.4 ประโยชน์ของตัวชี้วัด

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2544) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของตัวชี้วัดไว้ว่า เป็นสิ่งที่จะต้องมีการทำงาน เป็นสิ่งที่จะช่วยกำหนดเป้าหมายของการทำงานให้ชัดเจนเป็นพื้นฐานของการพัฒนางาน และช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยในการวางแผนควบคุม ประเมินการดำเนินงาน และปรับแผนการดำเนินงานให้เหมาะสม

พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ (2549) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของตัวชี้วัดไว้ว่า

- 1) ทำรู้จักตนเองและสามารถประเมินสถานะปัจจุบันได้
- 2) แสดงให้เห็นถึงผลการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นเครื่องมือในการติดตามการปฏิบัติงาน
- 3) เป็นการค้นหาโอกาสพัฒนาวางแผนการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรและจัดสรรทรัพยากรบนพื้นฐานของการปฏิบัติงาน
- 4) เป็นการสร้างโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกัน และเป็นเครื่องมือในการเปรียบเทียบผลงาน

2.4.5 วิธีการสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด

วิธีการพัฒนาตัวชี้วัดมีอยู่หลายวิธี และในแต่ละวิธีการส่วนใหญ่จะเน้นการพิจารณา ตัดสินใจใน 5 ประเด็นหลัก (Johnstone, 1981) คือ

- 1) การกำหนดนิยามตัวชี้วัด วิธีการกำหนดนิยามตัวบ่งชี้ สามารถจำแนกออก ได้เป็น 3 วิธีการหลัก ดังนี้

1.1) การพัฒนาตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงปฏิบัติ (The pragmatic definition of an indicators) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดโดยการเลือกตัวแปรจากตัวแปรที่มีอยู่จำนวนหนึ่ง หรือรวมตัวแปรที่มีอยู่จำนวนหนึ่งเข้าด้วยกันตามการพิจารณาตัดสินของผู้พัฒนา การรวมตัวแปรแบบนี้มักกำหนดขึ้นเพื่อนำไปใช้ในงานเฉพาะอย่างยิ่ง ซึ่งมีความลำเอียงได้ขึ้นอยู่กับผู้พัฒนา

1.2) การพัฒนาตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงทฤษฎี (The theoretical definition of an indicators) เป็นการพัฒนาตัวบ่งชี้ โดยการจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหรือ คุณลักษณะที่สนใจ และจัดลำดับหรือกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรเหล่านั้น โดยอาศัย หลักเหตุผลหรือพื้นฐานทางทฤษฎีเป็นหลัก เพื่อสังเคราะห์ตัวแปรขึ้นเป็นตัวชี้วัด วิธีการนี้มีข้อดีคือ ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลน้อย แต่ข้อเสีย คือ เป็นความคิดของคนเพียงกลุ่มเดียว

1.3) การพัฒนาตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงประจักษ์ (The empirical definition of an indicators) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์แล้วจัดกลุ่ม ความสัมพันธ์ของตัวแปรและกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรเหล่านั้น โดยใช้วิธีการทาง สถิติเป็นหลัก แล้วนำผลวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปร วิธีการนี้มีข้อดี คือ ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือได้ แต่ใช้เวลามากสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

2) การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา ควรให้ครอบคลุมตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษา ด้วยการระบุคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษาอย่างชัดเจน โดยอาศัยข้อเสนอทางทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ หรือการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรหลีกเลี่ยงตัวแปรจำนวนมาก ที่มุ่งวัดคุณลักษณะเดียวกัน และตัวแปรที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัดมาก เพราะอาจจะทำให้มีโน้ตค้นของสิ่งที่มุ่งศึกษามีความซับซ้อน และยากในการแปลความหมาย

3) วิธีการรวมตัวแปรเข้าด้วยกันเพื่อสร้างตัวบ่งชี้ โดยทั่วไปมักใช้กันอยู่ 2 วิธี คือ การรวมทางพีชคณิต (Additive) และการรวมแบบทวีคูณ (Multiplicative) ซึ่งการรวมทั้ง 2 วิธี นี้มีข้อตกลงเบื้องต้น และวัตถุประสงค์การใช้แตกต่างกัน กล่าวคือ การรวมทางพีชคณิตมีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ความสำคัญของแต่ละตัวแปรสามารถทดแทนกันได้ และมักจะมีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปว่าในเรื่องที่ศึกษานั้น มีความแตกต่างกันกี่หน่วย ส่วนการรวมแบบทวีคูณ มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ การเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรหนึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของ อีกตัวแปรหนึ่ง ไม่อาจทดแทนกันได้ การรวมตัวแปรด้วยวิธีการนี้มักจะใช้เมื่อต้องการเปรียบเทียบ ระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปว่าระบบหนึ่งมีค่าตัวบ่งชี้สูงกว่าอีกระบบหนึ่งอยู่ที่เท่า หรือคิดเป็นร้อย ละเท่าไร

4) การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรสามารถทำได้ 2 วิธี คือ กำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรให้เท่ากัน (Equal weight) และให้ต่างกัน (Differential weight) สำหรับ การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรให้ต่างกันนั้น มีวิธีการพิจารณาตัดสินโดย

4.1) การลงความเห็นในหมู่นักวิจัย โดยสมาชิกแต่ละคนจะเสนอค่าน้ำหนักของตัวแปร แล้วจึงพิจารณาหาข้อยุติ ด้วยการใช้ค่าเฉลี่ยหรือด้วยการอภิปรายลงความเห็น นอกจากนี้หากต้องการความคิดเห็นที่หลากหลายออกไป อาจขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในแขนงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบค่าร้อยละที่ผู้ตอบเห็นด้วยกับความสำคัญของตัวแปรที่ร่วมอยู่ในองค์ประกอบ หรืออาจใช้วิธีการที่เป็นระบบมากขึ้น เช่น การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi) เพื่อสำรวจความคิดเห็นจากกลุ่มคนที่ได้คัดเลือกเป็นพิเศษ โดยสัมภาษณ์และทดสอบ ความคิดเห็นจนได้คำตอบที่ชัดเจน แล้วจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้หาค่าน้ำหนักของตัวแปร องค์ประกอบต่อไป

4.2) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อกำหนดค่าน้ำหนัก เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) โดยใช้ค่าน้ำหนักของตัวแปรที่อธิบายลักษณะขององค์ประกอบ หรืออาจใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Multiple regression coefficient) จากสมการ วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ เป็นต้น

5) การตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัด สิ่งที่ต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญ คือ การตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี และการตรวจสอบด้วยวิธีการทางสถิติ การตรวจสอบคุณภาพตัวชี้วัดภายใต้กรอบแนวคิด ทางทฤษฎีที่ชัดเจนและมีนิยามเชิงปฏิบัติการที่ถูกต้อง สอดคล้องกับเป้าหมายในการนำตัวชี้วัดไป ใช้ประโยชน์ รวมถึงลักษณะประเภท ระดับการวัดและการสร้าง โมเดล และการแสดงความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร สิ่งเหล่านี้จะทำให้ข้อมูลที่ได้มีคุณภาพและได้ตัวชี้วัดที่มีความตรงภายในมากขึ้น

สรุปตัวชี้วัดทางการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเป็นตัวชี้วัด ด้านกระบวนการกิจกรรม หรือขั้นตอน ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เช่น จำนวนวันนอน จึงต้องเพิ่มตัวชี้วัดด้าน ผลลัพธ์การพยาบาล อันเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้บริการดูแล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แนวคิดการศึกษา และสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงทฤษฎี นำมาเป็นตัวแปรที่ใช้วัดผลลัพธ์ การพยาบาลซึ่งเป็นผล มาจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง

2.5 แนวคิดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยาก

2.5.1 ความหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ แสดงให้เห็นได้จากการเกิดผลลัพธ์ที่ดีการวัดผลลัพธ์เป็น สิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการให้บริการ ในอนาคตระบบบริการ ทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลด้านผลลัพธ์เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในการ เลือกใช้ บริการ ผลลัพธ์เหล่านี้จะทำให้เกิดการกระตุ้นการปรับปรุงกระบวนการมาตรฐานการ พยาบาล เพื่อให้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ (รัชนี สุจิจันทร์รัตน์, 2550) และให้ความหมายของผลลัพธ์ ทางการพยาบาลไว้ว่า เป็น สภาวะที่เกิดขึ้นในผู้รับบริการ ทั้งด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ ละการปฏิบัติตาม คำแนะนำที่เกิดขึ้นจากการให้การพยาบาล ซึ่งสามารถวัดได้ และ Moorhead & Griffin, (2010) กล่าวถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลไว้ว่า หมายถึง ผลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ อาการ ทัศนคติ คุณค่า พฤติกรรม และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และชุมชน ภายหลัง การพยาบาล

สรุปได้ว่า ผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย และ ครอบครัวโดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวม เป็นสิ่งที่มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า และเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้

2.5.2 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล

ระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification : NOC) เป็นภาษามาตรฐานด้านผลลัพธ์การพยาบาล ที่พัฒนาโดยทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยไอโอวา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 ได้ นิยามคำของการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาลว่า หมายถึง ภาษามาตรฐานที่อธิบายผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ไว ต่อการตอบสนองกิจกรรมทางการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยขณะเก็บข้อมูลก่อนและหลังทำกิจกรรม ทางการพยาบาลเท่านั้น NOC สามารถเชื่อมโยงกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมแห่งอเมริกา (The North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) และระบบการจำแนกการปฏิบัติการ พยาบาล (Nursing Intervention Classification: NIC) ซึ่งทำให้กระบวนการมีความสมบูรณ์ และยัง สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในแต่ละขั้นตอนของ กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลจำเป็นทางการพยาบาล (Nursing Minimum Data Set: NMDS) ที่เป็นรูปธรรมสำหรับการบันทึก ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เพื่อใช้วัดคุณภาพการ พยาบาลในทุกกลุ่มโรคของผู้ป่วย ทั้งในระดับของ โรงพยาบาล การดูแลที่บ้าน และชุมชน (อโนชา สารละลิต, 2550) และยังใช้เป็นเครื่องมือประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการจัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาล NOC ใช้ได้ง่าย เป็น การจัดโครงสร้างตำแหน่งของผลลัพธ์ให้คงที่ สามารถบรรจุผลลัพธ์ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ หรือเพิ่มเติม ผลลัพธ์ที่ไม่ครบถ้วน และสะดวกในการเลือกผลลัพธ์สำหรับการวินิจฉัยการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวยุ และชุมชน (Moorhead, et al., 2013) กลุ่มของ NOC มีการพัฒนาครั้งล่าสุดเมื่อปี ค.ศ. 2004 ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์การพยาบาล 7 กลุ่ม (Domains) (Moorhead, et al., 2013) ได้แก่

- 1) กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional health)
- 2) กลุ่มสุขภาพด้านสรีระวิทยา (Physiologic health)
- 3) กลุ่มสุขภาพด้านจิตสังคม (Psychosocial health)
- 4) กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (Health knowledge and behavior)
- 5) กลุ่มรับรู้สุขภาพ (Perceived health)
- 6) กลุ่มสุขภาพครอบครัว (Family health)
- 7) กลุ่มสุขภาพชุมชน (Community health)

รายการผลลัพธ์การพยาบาลแต่ละรายการ จะประกอบด้วย 1) รหัสผลลัพธ์ (Code) เพื่อความสะดวก ในการใช้งานทางคอมพิวเตอร์ของระบบสารสนเทศทางคลินิก 2) ชื่อของผลลัพธ์ (Labels) 3) ความหมาย (Definition) 4) ตัวชี้วัด (Indicator) ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หรือพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้จากคำบอกเล่าตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีการประเมินของ พยาบาล 5) มาตรการ วัดผลลัพธ์ (Outcome measurement) สำหรับประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นมาตรวัดอัตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale) สำหรับการลงบันทึกทั้งการจดบันทึก และทางอิเล็กทรอนิกส์

ใช้เป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับการพัฒนาคุณภาพ เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลสำคัญของระบบสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้กลุ่มของ NOC เป็น กรอบแนวคิดในการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์ การพยาบาลสำหรับการวิจัยนี้ เนื่องจาก NOC เป็นระบบ การจำแนกด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีความชัดเจน สามารถใช้สำหรับการพยาบาลผู้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก มีความครอบคลุมแบบองค์รวมผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวตลอดจนชุมชน ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการ

2.5.3 ผลกระทบของภาวะการมีบุตรยาก

ครอบครัวผู้มีบุตรยากเป็นการที่คน 2 คนตัดสินใจแต่งงาน และเริ่มต้นชีวิตครอบครัว สังคมจะคาดหวังว่าเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งแล้วสามีภรรยาควรมีบุตร หากไม่สามารถมีบุตรได้ ครอบครัวจะมีพัฒนาการวางจรรยอยู่กับที่ คือ เป็นครอบครัว ระยะเริ่มต้น (Beginning families) เป็นเวลานานจากนั้นจะเข้าไปสู่ช่วงจรรยาช่าย คือ ระยะครอบครัววัยกลางคน และวัยชรา พัฒนกิจของครอบครัวระยะเริ่มต้น (Asch, 1984; อ้างใน จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, 2555) ได้แก่ การสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกัน ของสามีภรรยา การสร้างความสัมพันธ์กับญาติแต่ละฝ่าย และการวางแผนครอบครัวว่าจะมีบุตรเมื่อใด มีกี่คน ซึ่งความสามารถในการมีบุตรจะเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุพัฒนาการของครอบครัวด้านนี้

1) ผลกระทบต่อการพัฒนาการของครอบครัว

ผู้มีบุตรยากจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของครอบครัว ดังต่อไปนี้ของครอบครัว ดังต่อไปนี้

1.1) ผลกระทบต่อการสร้างความพึงพอใจและ การปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา ครอบครัวผู้มี บุตรยากจะมีปัญหาเกี่ยวกับความคับข้องใจในความสามารถในการมีบุตรของตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว ในการทำ หน้าที่เพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดามารดา และรู้สึกล้มเหลว ในการก้าวเข้าสู่พัฒนาการครอบครัว ในระยะต่อไป คือ ระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรคนแรก โดยฝ่ายชายจะรู้สึกว่าตนเองเป็นชายที่ไม่สมบูรณ์จากการที่ไม่ สามารถมีบุตรได้บางคนรู้สึกอายและไม่อยากให้คนอื่นทราบว่าตนเองไม่สามารถมีบุตรได้โดยมักจะเชื่อมโยงการมีบุตรยากกับระดับสมรรถภาพทางเพศเข้าด้วยกัน โดยคิดว่าตนเองเป็นคนที่หย่อนสมรรถภาพ ทางเพศจึงทำให้มีบุตรยาก ฝ่ายชายจึงมักไม่ อยาก เปิดเผยหรือปรึกษาเรื่องนี้กับใคร ส่วนฝ่ายหญิงจะ รับรู้ภาวะการมีบุตรยากว่ามีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวมากกว่าฝ่ายชาย รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำ หน้าที่บทบาทภรรยาที่ครบถ้วนสมบูรณ์ รู้สึกผิดหวัง ในตนเองหรือสามีบางคนรู้สึกอิจฉาครอบครัวที่มีบุตร ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจและ สัมพันธภาพในชีวิตสมรสทั้งสิ้น

1.2) ผลกระทบต่อการสร้างความสัมพันธ์กับ ญาติแต่ละฝ่าย ครอบครัวของผู้มีบุตรยาก มักถูกคาดหวังจากญาติแต่ละฝ่ายว่าจะต้องมีบุตรเพื่อดำรงไว้ซึ่ง เผ่าพันธุ์วงศ์ตระกูลของตน ครอบครัว

ที่ไม่มีทายาทมัก จะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดีกับญาติ โดยเฉพาะพ่อแม่ของแต่ละฝ่าย ซึ่งถ้าปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อ แม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยาได้เพราะในครอบครัวสังคม ไทยมักให้ความสำคัญต่อบุพการี แต่ละฝ่ายมักทนไม่ ได้ถ้าอีกฝ่ายหนึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับพ่อแม่ของตน อาจทำ ให้ เกิดการหย่าร้าง หรือการมีภรรยาใหม่ที่สามารถมีบุตร ได้ รวมถึงผลกระทบต่อปัญหาทางทรัพย์สินมรดก เพราะหลายครอบครัวมีความต้องการบุตรหรือทายาท ไว้สืบสกุลและดำรงไว้ซึ่งทรัพย์สินมรดกของครอบครัว การมีบุตรจึงหมายถึงความมั่นคงปลอดภัยทางมรดก และการทำ นิติกรรมต่างๆ ภรรยาหรือสามีหลายคนจึง อยากมีทายาทเพื่อรับประกันว่ามรดกหรือทรัพย์สินต่างๆ จะไม่รั่วไหล หรือบางคนอาจใช้การมีบุตรเป็นเครื่องต่อ รองผลประโยชน์บางอย่างจากคู่สมรสหรือครอบครัวอีก ฝ่ายหนึ่ง เช่น การมีบุตรที่เกิดจากภรรยาหลายคน หรือความสำคัญของการมีบุตรชายในบางวัฒนธรรมหรือบาง เชื้อชาติเช่น คนจีน เป็นต้น

1.3) ผลกระทบต่อการวางแผนครอบครัว ครอบครัวที่เป็นไปตามระยะพัฒนาการปกติ จะมีการ วางแผนครอบครัวว่าจะมีบุตรเมื่อใด มีกี่คน โดยเมื่อ ต้องการมีบุตรจะเลิกคุมกำเนิดแล้วจะมีบุตรได้ แต่ สำหรับครอบครัวผู้มีบุตรยาก การวางแผนมีบุตรและ ระยะเวลาการมีบุตรมักจะไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เพราะไม่สามารถมีบุตรได้ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ ในระยะตั้งแต่การเริ่มเลี้ยงดูบุตรคนแรกจนถึงระยะบุตร แยกไปมีครอบครัวใหม่ขาดหายไป ครอบครัวจะข้ามไป สู่วัยกลางคนและวัยชราเมื่อเวลาผ่านไปทำให้ครอบครัว ลักษณะนี้ขาดการเติมให้เต็มด้วยการมีบุตร ไม่ได้รับการตอบสนองความพึงพอใจ ความสุข และกำลังใจจากบุตร ซึ่งแตกต่างจากครอบครัวที่มีบุตร

2) ผลกระทบต่อระบบครอบครัว

ครอบครัวเป็นระบบย่อยของสังคม โดยทั่วไปภายในครอบครัว ประกอบด้วย ระบบย่อยอีกหลายระบบ ได้แก่ ระบบย่อยคู่สมรส (Spouse Subsystem) ระบบย่อยบิดา มารดาและบุตร (Parents and child Subsystem) ระบบย่อยพี่น้อง (Sibling Subsystem) (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) แต่ระบบครอบครัวของคู่สมรสที่มีบุตรยากจะมีเพียงระบบย่อย คู่สมรสเท่านั้น ซึ่งเป็นโครงสร้างระบบที่ไม่ซับซ้อน ทำให้ความสัมพันธ์ของคู่สมรสส่งผลโดยตรงต่อระบบ ครอบครัว โดยไม่มีคู่ความสัมพันธ์อื่น เช่น บุตรคอย เชื่อมความสัมพันธ์ ถ้าครอบครัวปรับตัวได้จะทำให้ ครอบครัวดำเนินต่อไป แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถ ปรับตัวหรือรักษาสมดุลได้ระบบครอบครัวจะเกิดการ ล่มสลาย ในที่นี้หมายถึงการแตกแยกของครอบครัว คือ การแยกกันหรือหย่าร้างกัน ผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีบุตรยากเป็นสาเหตุหนึ่งของการบั่นทอนความสัมพันธ์ของคู่สมรส คู่สมรสรู้สึกว่าการมีบุตรยากเป็นสาเหตุหนึ่งของการบั่นทอนความสัมพันธ์ของคู่สมรส คู่สมรสรู้สึกว่าการมีบุตรยากเป็นสาเหตุหลักของการมีบุตรยาก เกิดการทะเลาะกัน และหย่าร้างกันที่สุดใน รวมถึงความ ขัดแย้งกันในเป้าหมายของชีวิตว่าจะดำรงอยู่ได้หรือไม่ ถ้าไม่มีบุตรโดยเฉพาะในคู่สมรสที่ขาดการสื่อสารหรือ ตกลงกันเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตครอบครัวที่เหมาะสม (อนเนก อารีพรอค, 2548) เมื่อ

ระบบย่อยภายในครอบครัวส่งผลต่อระบบครอบครัว ความมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจของสมาชิก แต่ละคนย่อมส่งผลให้สุขภาพครอบครัวดีด้วย (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) แต่ถ้าสุขภาพร่างกายและจิตใจของสมาชิกแต่ละคนไม่สมบูรณ์ เช่น ในกรณีคู่สมรสที่มีบุตรยากย่อมมีสาเหตุมาจากสุขภาพทางกายที่เกิดจากระบบสืบพันธุ์โดยตรงหรือภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่น ซึ่งสาเหตุของการมีบุตรยากนั้นองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานสาเหตุของการมีบุตรยากเกิดจากฝ่ายหญิงร้อยละ 37 ฝ่ายชายร้อยละ 8 และเกิดจากทั้งสองฝ่ายร้อยละ 35 (เรื่องศิลป์ เชาวรัตน์ และจปรัฐ วิชาพานิช, 2554) เพราะฉะนั้นการที่สามี หรือภรรยาที่มีบุตรยากหรือเป็นหมันจึงส่งผลต่อสมดุล ของครอบครัว

ผลกระทบที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ การตรวจรักษาการมีบุตรยากเป็นกระบวนการที่สิ้นเปลืองทั้งเงินและเวลา มีผลกระทบต่องานประจำที่ทำอยู่ในการที่ต้องเดินทางไปติดตามการรักษา บางครั้งอาจเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากคู่สมรสบางคู่ไม่เปิดเผยการไปรักษาการมีบุตรยากแก่เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา (Verhaak, et al, 2007) นอกจากนี้ การมีบุตรยากยังเป็นภาวะวิกฤตของบุคคลและ ครอบครัวตามทฤษฎีวิกฤตอีกด้วย (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) โดยเป็นวิกฤตที่เกิดขึ้นตามระยะพัฒนาการชีวิตมนุษย์ในวัยผู้ใหญ่หรือ วัยเจริญพันธุ์ที่ไม่สามารถมีบุตรได้และเป็นภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีบุตรยากหรือเป็นหมัน รวมถึงเกิดการแตกแยกของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการมีบุตรยาก ถือว่าเป็นวิกฤตจาก เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน

2.6 เทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่า เทคนิควิจัยเชิงอนาคตแบบเดลฟาย โดยใช้เวลาเป็นเกณฑ์จำแนก ระเบียบวิธีวิจัยเชิงอนาคตนี้เริ่มมีรูปแบบระเบียบวิธี (Methodology) ที่มีความชัดเจนมากขึ้นตามลำดับ นับจากราวปลายทศวรรษที่ 1940 โดยถูกนำไปใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่องเพื่อกำหนดนโยบายและวางแผนซึ่งได้รับการพัฒนาพร้อมกันในเวลา ดังกล่าวในสหรัฐอเมริกา จากผลงานของ Rand Corporation ร่วมกับ System Cooperation: SDC Hudson Institute และเป็นที่ยอมรับกันว่าการวิจัยเชิงอนาคตนี้มีความก้าวหน้ามาก มีระเบียบ วิธีการเฉพาะตนเอง มีการระดมความคิดเห็นเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ซึ่งโดยปกติจะเป็น ข้อมูลเชิงอนาคต หากได้มาโดยวิธีอันเป็นระบบระเบียบ มีความสำคัญในการเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นคุณลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย จะช่วยให้ทราบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การวิเคราะห์ความเที่ยงและการวิเคราะห์ความตรงของข้อมูลที่ได้รับ จะทำให้ผลได้รับความ น่าเชื่อถือมากขึ้น (Shank & Sharples, 2001) เพื่อประกอบการกำหนดนโยบายและสามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับเป็นแนวทางสร้างสรรค์อนาคตที่ดียิ่งขึ้น ได้ วิธีวิจัยนี้จึงเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้น

2.6.1 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

บุญใจ ศรีสถิตยน์ราจร (2553, น. 166) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นการศึกษา แนวโน้มของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจริงในอนาคตโดยการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษาตลอดจนเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามจนครบทุกขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ให้ผู้เชี่ยวชาญทราบ รวมทั้งไม่ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านเผชิญหน้ากัน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งช่วยขจัดปัญหาการครอบงำทางความคิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2551) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคการวิจัย คาดการณ์อนาคต และเป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้รับ ข่าวสารและแลกเปลี่ยนระหว่างกัน โดยไม่มีการเผชิญหน้ากัน โดยตรง เช่น เดียวกับการระดมสมอง หรือการประชุมกลุ่มแบบอื่นๆ

น้ำผึ้ง มีสิด (2559) ให้ความหมายของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย หมายถึง วิธีการรวบรวม ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อมุ่งศึกษาและวิเคราะห์องค์ความรู้ที่ยังไม่มีคำตอบแน่ชัด โดยการรวบรวม และกลั่นกรองความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ทั้งนี้จะต้องมีการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ ใคร่ครวญความคิดเห็นโดยการให้ข้อมูล ย้อนกลับ ไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในรอบ ถัดไป ทั้งนี้องค์ความรู้ใหม่ที่ได้รับจะเกิดจากการพิจารณามติสอดคล้องโดยเสียงข้างมากลักษณะ สำคัญของการวิจัยด้วยวิธีเดลฟาย คือ 1) การไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้นำเสนอเป็นไป อย่างอิสระ ไม่ถูกครอบงำด้วยกระบวนการกลุ่ม 2) การให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวน ความคิดเห็น และ 3) การวินิจฉัยความคิดเห็นของกลุ่มอย่างเป็นทางการ

ชัยลิจิต สร้อยเพชรเกษม (2555) ให้ความหมายของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย หมายถึง วิธีการสื่อสารความรู้ระหว่างผู้เชี่ยวชาญเพื่อการวินิจฉัยสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่มีคำตอบที่แน่นอน โดยอาศัย กระบวนการรวบรวมและกลั่นกรองความรู้จากกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ จากการใช้ชุดของแบบสอบถาม ความคิดเห็น และควบคุมความคิดเห็น โดย การไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การเสนอความเห็น เป็นไปอย่างอิสระ การให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังสมาชิกกลุ่มแต่ละคนเพื่อเปิด โอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญ ทวนซ้ำ ความคิดเห็น และการวินิจฉัยความคิดเห็นของกลุ่มอย่างเป็นทางการ

สรุปความหมายของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย หมายถึง เป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการวิจัย ที่รวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้มีความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างมีระบบ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในกระบวนการตัดสินใจหรือสรุปเรื่องใดเรื่องหนึ่งในการทำนายเกี่ยวกับ อนาคต การวิจัยแบบเดลฟายนำมาใช้ในการวิจัยทางด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สามารถนำมาใช้

ในการกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขกำหนดรูปแบบการดำเนินงานในด้านการบริหารงานวิชาการและการให้บริการสาธารณสุขเพื่อที่จะให้ การดำเนินงานคล่องตัวและทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.6.2 คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย

คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย มีดังต่อไปนี้ (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2553)

1) ผู้เข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาวิจัย ไม่ทราบว่าใครบ้างที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และไม่ทราบว่าผู้อื่นมีความเห็นอย่างไรในประเด็นที่ศึกษา ทั้งนี้เพราะผู้เชี่ยวชาญทุกคนจะตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นในแต่ละขั้นตอนในเวลาใกล้เคียงกัน

2) ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยต้องตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยกำหนดให้ครบทุกขั้นตอน อาจเป็น 2-4 รอบ โดยที่การสอบถามครั้งแรกจะเป็นคำถามปลายเปิด ส่วนคำถามรอบต่อไปจะอยู่ในลักษณะมาตราประเมินค่า ผู้เชี่ยวชาญ สามารถทบทวนคำตอบของตนได้ทุกขั้นตอน มีโอกาสถกแถลงคำตอบของตนอย่างละเอียดรอบคอบ จนกระทั่งมีความมั่นใจในคำตอบและสามารถแสดงความคิดเห็นของตนได้อย่างอิสระ

3) ผู้วิจัยจะนำคำตอบไปวิเคราะห์ใหม่และป้อนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้ง โดยปกติกระบวนการทำซ้ำ (Iterative process) แบบนี้จะดำเนินไปจนกว่าจะได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จุดประสงค์การทำซ้ำก็เพื่อที่จะกรอง (Refine) ความเชี่ยวชาญของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั่นเอง

4) ความน่าเชื่อถือได้ของคำตอบ และความสำเร็จของการวิจัย ขึ้นอยู่กับ แบบสอบถาม ความรอบรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม และความร่วมมือในการวิจัย

5) การใช้สถิติวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยทั่วไปจะใช้สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการวัดการกระจาย

2.6.3 กระบวนการวิจัยของเทคนิคเดลฟาย

กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2553; Limestone & Turoff, 1975) ประกอบด้วยส่วนสำคัญดังต่อไปนี้

1) ลักษณะของปัญหา เทคนิคเดลฟายสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกวงการ ลักษณะของปัญหาที่จะศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟาย ควรเป็นประเด็นปัญหาอันจะนำไปสู่การวางแผน วางนโยบาย หรือการคาดการณ์อนาคต หรือเป็นประเด็นปัญหาที่มุ่งหาความเห็นสอดคล้องต้องกัน เพื่อแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนทั้งในเชิงโครงสร้างและการปฏิบัติงาน หรือเพื่อสรุปเป็นหลักการแนวคิด ร่วมกันปัญหาที่ศึกษาในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย จึงเป็นปัญหาในเชิงคุณลักษณะซึ่งไม่อาจได้คำตอบโดยอาศัยการศึกษาด้วยวิธีการเชิงสถิติ

2) การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หลังจากกำหนดประเด็นปัญหาที่จะศึกษาได้แล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะ ของการวิจัยแบบ เทคนิคเดลฟาย คือ การอาศัยข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผลการวิจัยจะมีความ น่าเชื่อถือหรือไม่ ขึ้นซึ่งอยู่กับว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกสรรมานั้นสามารถให้ข้อมูลที่ น่าเชื่อถือได้ เพียงใด การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญควรพิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้

2.1) ผู้วิจัยควรกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดสรรกลุ่มคนที่ จะเข้าร่วมใน การวิจัยหรืออาจอาศัยการสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ ให้เสนอรายชื่อบุคคลที่ควรได้รับการเลือกสรร ให้ เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยควรติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัย การที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบ อย่างเต็มใจและให้ความสำคัญแก่การวิจัยเป็นคำตอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ ได้รับ

2.2) จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัย ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มและประเด็นที่ ศึกษา หากผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ อาจจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเพียง 10-15 คน แต่ถ้ากลุ่มมีความแตกต่างก็มีลักษณะเป็นอเนกพันธ์ อาจต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นจำนวนมากอย่างไรก็ตาม จากการศึกษาวิจัยของ Macmillan (1971) พบว่าหากจำนวนผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยมีตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมาก

2.3) ลักษณะแบบสอบถามของการวิจัย แบบสอบถามนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญของการ วิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ซึ่งเทคนิคนี้เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วยแบบสอบถาม โดยทั่วไป แบบสอบถามมี 2 ชนิด คือ แบบสอบถามปลายเปิดและแบบสอบถามปลายปิดแบบมาตราส่วนแบบ ประมาณค่า การตอบแบบสอบถามจำเป็นต้องมี 3 รอบหรือมากกว่าและมั่นใจในการตัดสินใจ โดยใน แต่ละรอบมีลักษณะดังนี้

(1) รอบที่ 1 ผู้วิจัยต้องกำหนดกรอบ (Frame) ของการวิจัยเกี่ยวกับประเด็นปัญหาเชิงคุณลักษณะซึ่งมีขอบข่ายกว้างขวาง การกำหนดกรอบของการวิจัยจะทำให้เห็นภาพของการวิจัยได้ ชัดเจนขึ้น กรอบของการวิจัยอาจได้มาจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือจากการสัมภาษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่าน เมื่อได้กรอบของการวิจัยแล้วจึงนำมาสร้างแบบสอบถามฉบับแรก ซึ่งจะ เป็นคำถามกว้าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของการวิจัย คำถามในรอบแรกนี้มักจะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมรายการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางภายในกรอบที่กำหนด การตอบของผู้เชี่ยวชาญอาจประกอบด้วยความคิดเห็นข้อวิจารณ์ ข้อโต้แย้ง ข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม จะถูกนำมารวบรวมเป็นแบบสอบถามรอบที่สอง

(2) รอบที่ 2 เป็นขั้นตอนที่สำคัญของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญทุกคนในแบบสอบถามปลายเปิดรอบแรกเข้าด้วยกันตัดทอนข้อความที่ซ้ำกัน หรือตัดส่วนที่เกินไปจากกรอบของการวิจัยที่กำหนดไว้ออกไป อาจกำหนดเป็นถ้อยคำที่ครอบคลุม

ข้อความทั้งหมดได้ แต่ต้องคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ด้วย รวบรวมมาเป็นแบบสอบถาม ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าซึ่งอาจเป็นสเกลตั้งแต่ 1-5 หรือ 1-6 ตามความเหมาะสม การประเมินค่าในรอบนี้จะเน้นการจัดลำดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ หรือในบางครั้งอาจให้กำหนดเวลาที่เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย ข้อความในแบบสอบถามรอบนี้จะต้องชัดเจนและ ผู้ตอบแต่ละคนจะต้องเข้าใจตรงกันในคำถาม

(3) รอบที่ 3 โดยปกติจะประกอบไปด้วยประโยคหรือข้อความเหมือนกับการทำแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่มีการเพิ่มเติมของการรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่ม โดยแสดงตำแหน่งของฐานนิยม (Mode) หรือตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของแต่ละคำถาม รวมทั้งตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญคนนั้นๆ ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือนหรือความแตกต่างของคำตอบของตนเมื่อเทียบคำตอบของกลุ่มในการศึกษา และทบทวนคำตอบของตนในรอบที่ 3 โดยผู้เชี่ยวชาญสามารถพิจารณาคำตอบของตนเองอีกครั้งว่าจะเปลี่ยนแปลงหรือยืนยัน ในกรณีที่คำตอบไม่ตรงกันกับกลุ่ม หรือคำตอบนั้นอยู่นอกพิสัยควอไทล์จะต้องให้เหตุผลประกอบ

(4) การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มจากการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้เข้าร่วมวิจัย โดยต้องขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามทุกรอบ การที่ผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนลดลงจากการตอบแบบสอบถามในแต่ละรอบ การเว้นระยะการตอบนานเกินไปนั้น จะทำให้เกิดความไม่แน่นอนในคำตอบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้ เนื่องจากสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบรอบที่ 2 และรอบที่ 3 นั้นคือ สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ ตำแหน่งฐานนิยม ตำแหน่งค่ามัธยฐาน หรือค่าเฉลี่ยเพื่อแสดงตำแหน่งของความคิดเห็น หากจำนวนผู้ตอบในแต่ละรอบลดลงเป็นจำนวนมาก ทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนได้ และยังคงใช้ค่าพิสัยควอไทล์พิจารณาความกระจายของความคิดเห็น หากข้อความใดมีพิสัยกว้างแสดงว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่างกันมาก หากข้อความใดที่มีค่าพิสัยควอไทล์แคบแสดงว่ามีความสอดคล้องกัน ซึ่งข้อความดังกล่าวสามารถนำมาเป็นข้อสรุปของการวิจัยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ควรละเลยข้อความที่มีพิสัยกว้าง เพราะบางกรณีข้อความนั้นอาจเป็นข้อความที่มีประโยชน์ การวิเคราะห์ข้อมูลต้องพิจารณาถึงเหตุผลของคำตอบ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้ว่าการวิเคราะห์ข้อมูลจึงควรแยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นฉันทามติหรือข้อคิดเห็นร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญและข้อมูลที่ไม่เป็นฉันทามติ

2.6.4 ข้อดีของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

1) ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อความคิดจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้โดยไม่ต้องเสียเวลาจัดประชุม ผู้วิจัยสามารถรวบรวมหาความสอดคล้องของได้กว้างขวางและรวดเร็ว

2) ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบได้อย่างอิสระไม่ถูกครอบงำความคิด ไม่ต้องเผชิญหน้ากันและไม่ทราบว่ามีใครเข้าร่วมอยู่ในการวิจัยบ้าง และใครให้คำตอบว่าอย่างไร ผู้ตอบจะทราบเพียงแต่ คำตอบของกลุ่มทั้งหมด โดยการแสดงด้วยสถิติต่าง ๆ เท่านั้น สามารถปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดของตนจนเกิดความมั่นใจพิจารณาประเด็นปัญหาให้ลึกซึ้ง

2.6.5 ข้อพึงระวังของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

- 1) การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญให้ได้มาซึ่ง เป็นผู้ที่มีความรอบรู้และเห็นความสำคัญของการวิจัยเป็นส่วนสำคัญในด้านความเชื่อถือของการวิจัย
- 2) หากเป็นการวิจัยเพื่อวางแผนหรือนโยบาย ควรคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้มี อำนาจหน้าที่โดยตรงเข้าร่วมกันวิจัย
- 3) การกำหนดให้ตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความ เบื่อหน่ายหรือเกิดความรู้สึกว่าถูกรบกวนมากเกินไป อาจไม่ร่วมมือตอบคำถามรอบต่อไป
- 4) ผู้เชี่ยวชาญต้องเข้าใจประเด็นปัญหาโดยรวมและข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อตรงกัน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องทางความคิดและไม่มีอคติ

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก

จรัญญา ดิจะ โปะ, จรัสศรี ชีระกุลชัย และศรีสมร ภูมณสกุล (2560) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดการดำรงบทบาทภรรยาสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความเครียด การดำรงบทบาทภรรยาและสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีมีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีบุตรยากที่มารับบริการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ณ คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 62 คน พบว่า ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ($\bar{X} = 102.53$, S.D. = 9.29) การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธ์กับคุณภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.379$, $p < 0.01$ และ $r = 0.538$, $p < 0.001$ ตาม ลำดับ) และความเครียดความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.500$, $p < 0.001$) และพบว่าอายุ ระดับการศึกษา และ รายได้ครอบครัวยังไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรวรรณ เหมียดโธสง (2557) ได้ศึกษาเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าใน

ตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มาับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 31.87 (S.D. = 4.09) ซึ่งเมื่อใช้ค่าจุดตัดคะแนนที่ Mean - 1 S.D. จะพบว่ามียุทธศาสตร์ที่มีค่าการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 11.5) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยสถิติ Univariate analysis พบว่ามี 7 ปัจจัย ที่อาจเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ส่วนตัวต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท การพักอาศัยอยู่กับครอบครัวฝ่ายสามี ส่วนสูงน้อยกว่า 160 เซนติเมตร อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกมากกว่า 14 ปี จำนวนวันที่มีรอบเดือนน้อยกว่า 4 วัน ประวัติเคยตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการฉีดสีเอ็กเซอร์เพื่อดูท่อนำไข่ (Hysterosalpingography) และการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ในระดับสูง และเมื่อทำการวิเคราะห์แบบ Logistic Regression Analysis พบว่าเหลือเพียง 3 ปัจจัย ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกมากกว่า 14 ปี จำนวนวันที่มีรอบเดือนน้อยกว่า 4 วัน และการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ในระดับสูง

จุฑารัตน์ ศรีม่วง (2555) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจในชีวิตสมรสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิง ที่มาับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อศึกษาความพึงพอใจในชีวิตสมรสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มาับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 85.40) และระดับสูง (ร้อยละ 14.10) โดยมีผู้ป่วยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.5) เท่านั้นที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสอยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตสมรสจากการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ รายได้ต่อเดือนของภรรยา และจำนวนวันที่มีรอบเดือน เมื่อวิเคราะห์โดยวิธี Multivariate analysis มี 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตสมรส ได้แก่ รายได้ต่อเดือนของภรรยา จำนวนวันที่มีรอบเดือน และระยะห่างของรอบเดือน

Yusuf (2016) ได้ศึกษาเรื่อง ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดของผู้ป่วยหญิงที่มีบุตรยาก: กรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในหมู่สตรีที่ทุกข์ทรมานจากภาวะมีบุตรยาก พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) ระดับการศึกษาไม่ปรากฏว่ามีผลในเชิงบวกต่อคะแนนเหล่านี้ ในทำนองเดียวกันผลลัพธ์ไม่ปรากฏว่ามีการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการใช้อาชีพหญิงที่มีบุตรยากเพื่อทำการวิเคราะห์แบบแบ่งชั้น

Dattijo, et al. (2016) ได้ทำการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยากใน Bauchi ในจิเรียตอนเหนือ ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีบุตรยากมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อ

การมีบุตรยากและมีความเชื่อธรรมชาติมากกว่า 80% ผู้หญิงที่มีระดับมัธยมศึกษาของการศึกษาหรือสูงกว่า (4.78, CI: 2.35-9.71, $p < 0.001$) และผู้ที่ทำงาน (3.08, CI: 1.44-6.58, $P = 0.04$) มีความรู้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการศึกษา และว่างงานเกือบสามในสี่ ($n = 299$, ร้อยละ 73.60) ความเชื่อของผู้หญิงมีบุตรยาก และร้อยละ 40.40 เป็นเหตุทำให้ผู้ชาย ผู้หญิงครึ่งหนึ่งรู้สึกว่าผู้หญิงคนเดียวควรเข้ารับการรักษาและมีเพียงร้อยละ 28 ที่รายงานว่าเป็นที่ตั้งของการรักษาครั้งแรก ส่วนใหญ่ ($n = 370$, ร้อยละ 91) รู้สึกว่าภาวะมีบุตรยากควรให้ความสำคัญในโรงพยาบาลของรัฐและ 308 (ร้อยละ 76) เชื่อว่ารัฐบาลควรจ่ายเงินให้ บริการภาวะมีบุตรยากเช่นเดียวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อื่น ๆ

2.7.2 งานวิจัยเกี่ยวกับตัวชีวิต

เกสินี พุทธรนต์ (2560) ได้ศึกษา การศึกษาตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 18 คน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ เคนฟาย พบว่า ตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 6 ด้าน 37 ตัวชีวิต ได้แก่ 1) ด้านการดูแลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการดูแลอาการรบกวนทางกายต่างๆของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 8 ข้อ และ 6) ด้านการเผชิญกับความตายอย่างสงบของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

กัญญารัตน์ แก้วดำ (2559) ได้ศึกษา การศึกษาตัวชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 21 คน โดยใช้การวิจัยเทคนิคเคนฟาย พบว่า ตัวชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน 63 ตัวชีวิต ได้แก่ 1) ตัวชีวิตคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤต 37 ตัวชีวิต 2) ตัวชีวิตคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลด้านการดูแลจากความปลอดภัยและความไม่สุขสบาย 5 ตัวชีวิต 3) ตัวชีวิตคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลด้านการตอบสนอง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ 7 ตัวชีวิต 4) ตัวชีวิตคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลด้านการฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ ก่อน

ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต 8 ตัวชีวิต และ 5) ตัวชีวิตคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลด้านความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย และญาติ 6 ตัวชีวิต ทุกตัวชีวิตมีระดับความสำคัญมากที่สุด

ดวงกมล สุขทองสา (2558) ได้ศึกษา การศึกษาตัวชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลวิสัญญี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลวิสัญญี โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย พบว่าตัวชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลวิสัญญี ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความปลอดภัยในขณะที่ได้รับการพยาบาลวิสัญญี จำนวน 14 ตัวชีวิต 2) ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการพยาบาลวิสัญญี จำนวน 18 ตัวชีวิต 3) ด้านความพึงพอใจการพยาบาลวิสัญญี จำนวน 8 ตัวชีวิต

สุภาสวรรณ เจียมสกุล (2557) ได้ศึกษา การศึกษาตัวชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย พบว่า ตัวชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 10 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความปลอดภัยจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง (ICP) 2) ด้านความปลอดภัยจากเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจน 3) ด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาลดสมองบวม (Mannitol) ทางหลอดเลือดดำ 4) ด้านความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวปกติ (Glasgow Coma Scale=15) 5) ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการผ่าตัดสมองไขสันหลัง และการทำหัตถการต่างๆ 6) ด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดจากแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะและไขสันหลัง 7) ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวของร่างกายบรื่อง 8) ด้านความทุเลาจากอาการปวดแผลผ่าตัดและปวดจากพยาธิสภาพของโรค 9) ด้านการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และ 10) ด้านความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล

สุจิตรา บุญทวี (2556) ได้ศึกษา การศึกษาตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย พบว่า ตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลด้านความปลอดภัย 2) ตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลด้านความทุเลาจากความเจ็บปวด 3) ตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลด้านการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตสังคม 4) ตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลด้านการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และ 5) ตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลด้านคุณภาพชีวิต

Heslop & Lu (2014) ได้ศึกษา ตัวชี้วัดการพยาบาล: แนวคิดการวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อรายงานการวิเคราะห์แนวคิดของตัวชี้วัดทางการพยาบาลภายใต้บริบทที่ประยุกต์ใช้ของการดูแลฉุกเฉิน พบว่า ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อการพยาบาล คุณลักษณะโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพรวม: ชั่วโมงการพยาบาลต่อวันของผู้ป่วยพยาบาล คุณลักษณะของผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความชุกของแผลกดทับตกหล่นและบาดเจ็บการติดเชื้อในโรงพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อการพยาบาล

Vituri & Évora (2014) ได้ศึกษา ความน่าเชื่อถือของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล: การทดสอบความน่าเชื่อถือของผู้ตรวจสอบ มีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบข้อตกลงผู้ตรวจสอบและความน่าเชื่อถือของ 15 ตัวชี้วัด พบว่า ผลลัพธ์ของ k-statistic ข้อตกลงที่ยอดเยี่ยม มีนัยสำคัญทางสถิติและคุณค่าของ ICC แสดงถึงความเป็นเลิศและมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการทำซ้ำ/ข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดที่ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล

Gabriel, et al., (2013) ได้ศึกษา การใช้ตัวชี้วัดคุณภาพในการพยาบาล โรงพยาบาลบริการในบราซิล มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุตัวชี้วัดคุณภาพที่นำมาให้บริการพยาบาลของโรงพยาบาลในรัฐเซาเปาโลประเทศบราซิล พบว่า ร้อยละ 5.90 ของการให้บริการโรงพยาบาลที่ไม่ได้ใช้ตัวชี้วัดแสดงความกังวลต่อคุณภาพของการดูแล คือการตั้งค่าสำหรับการยอมรับของตัวชี้วัดการดูแล สรุปได้ว่าวัฒนธรรมของการยอมรับและการวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่มีอยู่ในการบริการพยาบาลโรงพยาบาลและตัวชี้วัดคือเกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาลแบบดั้งเดิมโดยเน้นการใช้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรมนุษย์น้อยลง การจัดการและความพึงพอใจของผู้ใช้

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดระบบจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC) ประกอบกับการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จึงสามารถสรุปในการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษากะทันหันด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก จำนวน 5 ตัวชี้วัด 2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ มีจำนวน 7 ตัวชี้วัด 3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ จำนวน 6 ตัวชี้วัด 4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา จำนวน 7 ตัวชี้วัด

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ได้จาก แนวคิดระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing

Outcomes Classification : NOC) ที่มีการพัฒนาครั้งล่าสุดเมื่อปี ค.ศ. 2004 (Moorhead, et al., 2013) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและ ต่างประเทศ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างกรอบแนวคิดได้ ดังนี้

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ใน จากแนวคิดระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (NOC, 2004) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและ ต่างประเทศ ของผู้วิจัยได้ ตัวชี้วัดดังนี้

- 1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้การบริการทางคลินิก 6 ตัวชี้วัด
- 2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ 7 ตัวชี้วัด
- 3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ 7 ตัวชี้วัด
- 4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา 8 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่ได้จากสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 5 กลุ่มดังนี้

- กลุ่มที่ 1 หัวหน้าหอผู้ป่วย 5 คน
- กลุ่มที่ 2 พยาบาลในหน่วยงานซั้วัดคุณภาพ 5 คน
- กลุ่มที่ 3 พยาบาลแผนกผู้มารับบริการหญิงที่มีบุตรยาก 5 คน
- กลุ่มที่ 4 แพทย์เฉพาะทางด้านการมีบุตรยาก 5 คน
- กลุ่มที่ 5 อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านตัวชี้วัดคุณภาพ 3 คน

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ดังนี้

- 1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้การบริการทางคลินิก 5 ตัวชี้วัด 2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ 7 ตัวชี้วัด
- 3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ 6 ตัวชี้วัด
- 4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา 7 ตัวชี้วัด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบุตรยากอย่างเป็นฉันทามติ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ/หรือผู้ให้การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าแผนกที่เคยปฏิบัติงานแผนกมีบุตรยาก กลุ่มที่ 2 กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตัวชี้วัดในหน่วยงานคุณภาพ กลุ่มที่ 3 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากในแผนกมีบุตรยาก และกลุ่มที่ 4 กลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านการมีบุตรยาก และกลุ่มที่ 5 กลุ่มอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านตัวชี้วัดคุณภาพ

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการวิจัยโดยใช้เทคนิคแบบเดลฟาย เริ่มต้นจากผู้วิจัยศึกษาประวัติ ความเชี่ยวชาญ ผลงานวิจัย ประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและ/หรือการรักษาผู้รับบริการหญิงที่เข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposing sampling) ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 23 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมกับเทคนิควิจัยแบบเดลฟาย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูล, 2553) ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีบุตรยาก จำนวน 5 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี

2) ดำรงตำแหน่งหรือเคยเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ 1 ปีขึ้นไปในการให้บริการการดูแลหญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก

3) เข้าร่วมประชุมวิชาการจากสมาคมเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ไทย (TSRM)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตัวชีวิตในหน่วยงานคุณภาพ จำนวน 5 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี

2) กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านตัวชีวิตคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชีวิตมีประสบการณ์ 3 ปี

กลุ่มที่ 3 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้มารับบริการหญิงที่มีบุตรยากในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพวุฒิมัธยมศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรี

2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้มารับบริการที่แผนกมีบุตรยาก ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี

3) เข้าร่วมประชุมวิชาการจากสมาคมเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ไทย (TSRM)

กลุ่มที่ 4 กลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านการมีบุตรยาก จำนวน 5 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นแพทย์เฉพาะทางที่ทำให้การรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

2) ประสบการณ์ในการทำงานในแผนกมีบุตรยาก 3 ปี

3) เข้าร่วมประชุมวิชาการจากสมาคมเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ไทย (TSRM)

กลุ่มที่ 5 กลุ่มอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านตัวชีวิตคุณภาพ จำนวน 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นอาจารย์ที่สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2) มีความเชี่ยวชาญด้านตัวชีวิตคุณภาพ และหรือด้านการพยาบาลสูติศาสตร์

3) มีงานวิจัย/ มีบทความวิชาการ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคเดลฟายประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและข้อคำถามปลายเปิดมี 2 ข้อหลัก เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นที่มีต่อ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1

ชุดที่ 2 แบบสอบถามรอบที่ 1 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ในรอบที่ 1 ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากบทที่ 2 นำมาสร้างเป็นข้อคำถาม โดยจัดหมวดหมู่แต่ละด้านและเรียงลำดับความสำคัญ สร้างแบบสอบถามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ที่เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือระดับความคิดเห็นมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมประมาณค่าระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์ในแต่ละข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับความคิดเห็นมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนคำตอบของตนเอง เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ และการส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2 และ 3 มีระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์

3.2.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) สร้างแบบสัมภาษณ์

1.1) ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยมีวิธีการสร้าง แบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1.1.1) ศึกษาค้นคว้าแนวคิดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จากข้อมูลตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์พยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากและการรักษาด้วย เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแบบสัมภาษณ์ว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ควรมีกี่ด้านและในแต่ละด้านควรประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อยอะไรบ้าง

1.1.2) สร้างแบบสัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้างตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาสภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการรักษาและ/หรือการพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาสภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการอ้างอิงถึงคุณสมบัติ โดยเป็นข้อคำถามแบบรายการ (Check list) และเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด กำหนดจำนวน 2 คำถาม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีดังนี้

(1) จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่าตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาสภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ควรมีกี่ด้าน อะไรบ้าง

(2) ท่านคิดว่า ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาสภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในแต่ละด้านควรประกอบด้วย รายละเอียดที่เป็นตัวชี้วัดย่อย อะไรบ้าง

1.1.3) นำแบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาสภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม

1.1.4) นำแบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาสภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ไปใช้ในการเก็บข้อมูลรอบที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองจำนวน 23 คน

1.2) สร้างแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาสภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าแต่ละตัวชี้วัดมีตัวชี้วัดย่อยที่จำเป็น หรือสำคัญในระดับใด และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นหรือ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ มีวิธีการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1.2.1) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่ โดยนำข้อความที่มีเนื้อหาลักษณะเดียวกันมา

รวมเข้าด้วยกัน นำมาจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน ได้ตัวชี้วัดทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็น
นารายการตัวชี้วัดย่อย 28 ตัวชี้วัด ดังนี้

- (1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก
จำนวน 6 ตัวชี้วัด
- (2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ 8
ตัวชี้วัด
- (3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ 6 ตัวชี้วัด
- (4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา
8 ตัวชี้วัด

1.2.2) จัดทำแบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ
หญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในลักษณะมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบ Likert scale 5 ระดับ โดยกำหนดข้อความเป็นตัวชี้วัดย่อยเพื่อให้
ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลแต่ละข้อมีความสำคัญอยู่ในระดับใด
ตั้งแต่ระดับความสำคัญมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยจนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด แบบสอบถาม
เรียงลำดับข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วย
เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ 4 ด้าน พร้อมกับรายการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่
รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ย่อยของแต่ละด้านรวม 28 ตัวชี้วัด
ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับ การรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอ แนะ
		5	4	3	2	1	
1.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแล และให้บริการทางคลินิก						
	1.1 ปกป้องภัยจากการได้รับการรักษาและการทำ หัตถการ						
2.						
3.						

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับ การรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอ แนะ
		5	4	3	2	1	
4.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ ประสานงานในกระบวนการรักษา						
	4.7 ให้ข้อมูลแก่ทีมรักษาในกลุ่มสมรสที่มีความ ต้องการเป็นพิเศษ						

เกณฑ์การพิจารณาระดับความสำคัญของสมรรถนะในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2
ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ
หญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วย
การเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าว มีความสำคัญมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ
หญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วย
การเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าว มีความสำคัญมาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ
หญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วย
การเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าว มีความสำคัญปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ
หญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วย
การเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าว มีความสำคัญน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ
หญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการ
เจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าว มีความสำคัญน้อยที่สุด

1.2.3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา
ความถูกต้องของข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลและความหมายของข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การ
พยาบาล

1.2.4) ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ข้อความตัวชี้วัดคุณภาพด้าน
ผลลัพธ์ การพยาบาลมีความชัดเจน และนำไปใช้เก็บข้อมูลรอบที่ 2

1.3) ชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลการพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแบบสอบถามชุดที่ 2 มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันคำตอบ การให้ระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลแต่ละข้อ โดยมีการเพิ่มตำแหน่งคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและการตอบของผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้ตอบไปในรอบที่ 2 สำหรับนำมาใช้ประกอบการพิจารณาเปลี่ยนแปลงระดับความสำคัญให้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการสร้างแบบสอบถามดังนี้

1.3.1) นำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อคำถามแต่ละข้อ

1.3.2) สรุปข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามรอบที่ 2 วิเคราะห์ ข้อเสนอแนะกับ อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาความเหมาะสมในการปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ

โดยแบบสอบถามชุดที่ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ รวมข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลในรอบที่ 3 มีทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อย 25 ตัวชี้วัด

1.4) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แสดงข้อความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบและตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบ ที่ 2 แสดงไว้ด้วยเครื่องหมายดังตัวอย่างต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (Md)	ใช้สัญลักษณ์	Δ
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)	ใช้สัญลักษณ์	\longleftrightarrow
ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา	ใช้สัญลักษณ์	X

โดยคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อนั้นหมายความว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกพิสัยควอไทล์ หมายความว่าความเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขอให้ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงเหตุผลประกอบในข้อนี้ๆ

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลรับบริการ หญิง ที่รับการรักษากะการมีบุตรยากด้วย เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความคิดเห็น					ความเห็น ของ ผู้เชี่ยวชาญ		ข้อเสนอ แนะ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
1.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ใน การดูแลและให้การบริการทางคลินิก								
2.								
3.								
4.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ ประสานงานในกระบวนการรักษา								
	4.7 ให้ข้อมูลแก่ทีมรักษาในคู่สมรสที่มี ความต้องการเป็นพิเศษ								

1.5) แบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในรอบที่ 3

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากได้ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายในครั้งนี้ ได้มีการผ่านกระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบด้วยความละเอียดในทุกขั้นตอน ซึ่งทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพสูง มีความตรงตามเนื้อหาจากการเก็บข้อมูลโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยง โดยแฝงอยู่ในกระบวนการวิจัย และมีขั้นตอนการกำหนดจำนวนของผู้เชี่ยวชาญได้พบว่าค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญจะลดลงตามจำนวนที่เพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยพบว่าค่าความเที่ยงตรงจะเพิ่มขึ้นและเข้าใกล้ .90 เมื่อมีผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 13 คน (Dobbins, 1999 อ้างถึงใน น้ำผึ้ง มีศิลป์, 2559) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจำนวน 23 คน ในแบบสอบถามปลายเปิดความตรงตามเนื้อหาที่ได้จากการตรวจสอบโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงมีการใช้เทคนิคการสรุปเนื้อหาระหว่างการสัมภาษณ์ ทำให้มีความตรงตามเนื้อหาสูง ในส่วนความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัยนี้อยู่ที่ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายๆรอบ เพื่อที่จะตรวจสอบความเที่ยงของแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงคำตอบหรือไม่ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลงคงเดิม แสดงว่ามีความเที่ยงสูง (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2539)

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เทคนิคเคลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 คน โดยมีการรวบรวมข้อมูล 3 รอบ มีรายละเอียด ดังนี้

3.4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยติดต่อเรียนเชิญผู้มีรายชื่ออย่างไม่เป็นทางการ โดยการโทรศัพท์ติดต่อก่อนภายหลังจากรายชื่อผู้เชี่ยวชาญผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว
- 2) ดำเนินการทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ถึงผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน
- 3) ติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ นัดหมายการส่งเอกสาร รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลประชากร ตัวอย่างแบบสอบถามรอบที่ 1 และโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาก่อนการนัดสัมภาษณ์ การนำส่งเอกสาร นำส่งด้วยตัวเองทั้งหมด พร้อมนัดหมาย วัน เวลา ที่จะนัดสัมภาษณ์ และขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อทบทวนกำหนดนัดหมายล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
- 4) การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเตรียมเครื่องบันทึกเสียง กระดาษสำหรับจด บันทึกใบเซ็นยินยอมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย (Consent form) โทรศัพท์นัดหมายผู้เชี่ยวชาญ ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน
- 5) ในการสัมภาษณ์ด้วยตนเองและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ขออนุญาตบันทึกเสียง และจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้คำถามตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ด้วยความสนใจและตั้งใจฟัง สรุปความตามประเด็น สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจนครอบคลุม ประเด็นทั้งหมดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการตรงกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด โดยไม่มี การถามนำ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมตามความต้องการ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที หลังจากจบการสัมภาษณ์ ชี้แจงถึงการเก็บข้อมูลรอบต่อไป ประมาณวัน เวลา ที่จะส่งแบบสอบถาม รอบที่ 2 รอบที่ 3 ขออนุญาตติดต่อโทรศัพท์ หาก ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมแจ้งผู้เชี่ยวชาญรับทราบยืนยันว่าจะลบทำลายเทปทั้งหมดที่สิ้นสุดการทำวิจัย

- 6) ระยะในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน 2562- 26 มิถุนายน 2562

3.4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) จัดเตรียมเอกสารส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 23 คน ทำหนังสือแจ้งเอกสารแบบไม่เป็นทางการ พร้อมแบบสอบถามชุดที่ 1 ใ้ช่อง แบนซองเปล่าจำหน่ายซองถึงผู้วิจัยติดแสตมป์เสนอ

ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบกลับทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 3 คน พร้อมแจ้งกำหนดการวันขอรับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์

- 2) ติดตามขอรับแบบสอบถามกลับคืนตามกำหนดเวลา
- 3) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน 2562 - 5 กรกฎาคม 2562

3.4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) จัดเตรียมเอกสารให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมจำนวน 23 คน จัดเตรียมเอกสารส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 23 คน ทำหนังสือแจ้งเอกสาร แบบไม่เป็นทางการ พร้อมแบบสอบถามชุดที่ 2 ในส่วนของแบบของเปล่าจำหน่ายซองถึงผู้วิจัยติด แสตมป์ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบกลับทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 3 คน พร้อมแจ้งกำหนดการวันขอรับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์

- 2) ติดตามขอรับแบบสอบถามกลับคืนตามกำหนดเวลา
- 3) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2562- 10 กรกฎาคม 2562

3.5 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำเรื่องเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่) เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยที่นำเสนอ ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่หนังสือรับรอง E. 014/2562 วันที่ 18 มีนาคม 2562 และจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนโรงพยาบาล BMC IRB 2019-03-013 ในวันที่ 17 มิถุนายน 2562

การเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดผู้เชี่ยวชาญกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ได้รับทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน โดยจะไม่นำเสนอการวิจัยผลเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะในการทำวิจัย การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตของผู้ร่วมวิจัยทุกคน พร้อมกันนี้ได้ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเซ็นชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยโดยการสมัครใจด้วย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ โดยในรอบแรกเป็นการตอบแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นการตอบแบบสอบถามมาตราส่วน ประมาณค่า โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละรอบ ดังนี้

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 ถอดเทปการสัมภาษณ์หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน นำมาตรวจสอบเนื้อหา ที่ผู้เชี่ยวชาญให้เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากในแต่ละด้าน ก่อนนำมาสรุป เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบกับกรอบ แนวคิดจากการ ทบทวนวรรณกรรมตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาจนได้เนื้อหาครอบคลุมตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 1

3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 จากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 1 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถาม รอบที่ 2

1) การแปลความหมายค่ามัธยฐาน

การแปลความหมายค่ามัธยฐาน (Median) แต่ละระดับ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีความสำคัญมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้ตามเกณฑ์นี้ (จุมพล ภัทรชีวิน, 2546)

ค่ามัธยฐาน 4.50-5.00 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าวมีระดับความสำคัญมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50-4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าวมีระดับความสำคัญมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50-3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าวมีระดับความสำคัญปานกลาง

- ค่ามัธยฐาน 1.50-2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าวมีระดับความสำคัญน้อย
- ค่ามัธยฐาน 1.00-1.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าวมีระดับความสำคัญน้อยที่สุด

2) การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) มีดังนี้ (Gracht, 2012)

2.1) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าวไม่มีความสอดคล้องกัน

2.2) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ ข้อความดังกล่าวมีความสอดคล้องกัน

3.6.3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 จากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำมาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ในแต่ละข้อคำถามอีกครั้งเพื่อหาข้อสรุปของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ โดยพิจารณาจากค่ามัธยฐานที่มีค่าตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปจึงจะประเมินว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลฯ ด้านนั้นมีความสำคัญ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 หมายถึง ความคิดเห็นมีความสอดคล้องกัน และพิจารณาคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่ายอมรับได้ (จุมพล พุฒภัทรชีวิน, 2551)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการใช้เทคนิค การวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นอันตงามติของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ โดยเริ่มต้นจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจาก เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มาบูรณาการเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการวิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 รอบ โดยการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและ/หรือการดูแลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ จำนวน 23 คน จำแนกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีบุตรยาก จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตัวชี้วัดในหน่วยงานคุณภาพ จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยาก จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 4 กลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านการมีบุตรยาก จำนวน 5 คน และกลุ่มที่ 5 กลุ่มอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านตัวชี้วัดคุณภาพ จำนวน 3 คน โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน แสดงผลดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ลำดับที่	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1	ตำแหน่ง		
	1.1 แพทย์	5	21.74
	1.2 พยาบาล	5	21.74
	1.3 หัวหน้าพยาบาล	5	21.74
	1.4 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพ	5	21.74
	1.5 อาจารย์พยาบาล	3	13.04
2	ประสบการณ์ในการทำงาน		
	2.1 ระยะเวลา 1-3 ปี	3	13.00
	2.2 ระยะเวลา 3-5 ปี	1	4.35
	2.3 ระยะเวลา 5-10 ปี	1	4.35
	2.4 ระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป	18	78.30
3	ประสบการณ์ในการทำงานแผนกผู้มีบุตรยากแผนกผู้ป่วยนอก และ/หรือ ด้านวิชาการเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพ		
	3.1 ระยะเวลา 1-3 ปี	6	26.10
	3.2 ระยะเวลา 3-5 ปี	2	8.70
	3.3 ระยะเวลา 5-10 ปี	2	8.70
	3.4 ระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป	13	56.50
4	สถานที่ปฏิบัติงาน		
	4.1 โรงพยาบาลเอกชน	20	86.96
	4.2 โรงพยาบาลรัฐบาล	0	0
	4.3 อื่นๆ	3	13.04
5.	วุฒิการศึกษา		
	5.1ปริญญาตรี	10	43.48
	5.2ปริญญาโท	10	43.48
	5.3ปริญญาเอก/เทียบเท่า	1	4.34
	5.4 สูงกว่าปริญญาเอก	2	8.70

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ลำดับที่	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
6	ความเชี่ยวชาญ		
	6.1 ด้านการพยาบาลผู้มีบุตรยาก	10	43.48
	6.2 ด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล	5	21.74
	6.3 ด้านสูตินรีเวช	3	13.04
	6.5 ด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์	5	21.74

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ ตำแหน่งแพทย์ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 พยาบาล จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 หัวหน้าพยาบาล จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 และ อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.04 ประสบการณ์ในการทำงาน 1-3 ปี จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.00, 3-5 ปี จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.35, 5-10 ปี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.35 และ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.30 ประสบการณ์ในการทำงานแผนกผู้มีบุตรยากแผนกผู้ป่วยนอก และหรือด้านวิชาการเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพ 1-3 ปี จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.10, 3-5 ปีจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.70, 5-10 ปี จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 8.70 และ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.50 สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.96 และอื่นๆ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.04 วุฒิการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.48 ปริญญาโท 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.48 ปริญญาเอก/เทียบเท่า 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.34 สูงกว่าปริญญาเอก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.70 และความเชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาล ผู้มีบุตรยาก จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.48 ด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 ด้านสูตินรีเวช จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.04 และด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74

ส่วนที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับตัวชี้วัดการพยาบาลภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์โดยใช้แบบ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางภายในกรอบที่กำหนด ผู้วิจัยถอดเทปการสัมภาษณ์ทันทีหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน นำไปวิเคราะห์เนื้อหาจาก (Content analysis) เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดบูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรม ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ที่ได้จากการสัมภาษณ์วิเคราะห์เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ จากการทบทวนวรรณกรรมรอบที่ 1

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างคำถาม
1. ด้านหน้าที่ในการดูแลและให้การบริการทางคลินิก	1. ด้านหน้าที่ในการดูแลและให้การบริการทางคลินิก	1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้การบริการทางคลินิก
1.1 การรวบรวมข้อมูลและประวัติการรักษาผู้รับบริการ	1.1 การรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามประวัติการรักษา	1.1 รวบรวมข้อมูลและประวัติการรักษาในอดีตของกลุ่มสมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก
1.2 การประเมินผู้รับบริการ	1.2 ประเมินขั้นพื้นฐานก่อนได้รับการรักษา	1.2 ตรวจสอบขั้นพื้นฐานของกลุ่มสมรสก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยาก
1.3 แนะนำการใช้ยา	1.3 ให้คำแนะนำการบริหารยาที่จะได้รับ	1.3 เสนอให้คำแนะนำในการบริหารยาในรูปแบบยารับประทาน ยาฉีด และยาเหน็บช่องคลอด

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ จากการทบทวนวรรณกรรมรอบที่ 1 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจาก การสัมภาษณ์	สร้างคำถาม
1.4 การทำหัตถการ	1.4 ประเมินการทำหัตถการ ของกลุ่มสมรสที่มีภาวะมีบุตร ยาก	1.4 คุณแลและประเมินคู่สมรสที่มีภาวะมี บุตรยาก ก่อน ระหว่าง และภายหลังการ ทำหัตถการ เช่น กระบวนการเก็บไข่ การย้ายกลับตัวอ่อน และการเก็บน้ำเชื้อ
1.5 การมาตรวจตามนัด	1.5 การนัดตรวจอย่างต่อเนื่อง	1.5 นัดเพื่อตรวจติดตามการกระตุ้นไข่ การฉีดเชื้อเพื่อผสมเทียม การตรวจ ติดตามผลการตั้งครรภ์
1.6 ประเมินการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	1.6 รวบรวมและประเมินผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	1.6 รวบรวมและประเมินผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วนก่อนเข้า สู่กระบวนการรักษา
2. ด้านให้ความรู้และให้ข้อมูล แก่ผู้รับบริการ	2. ด้านให้ความรู้และให้ข้อมูล แก่ผู้รับบริการ	2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ
2.1 การเผชิญกับการรักษา	2.1 การเตรียมตัวเผชิญการ รักษา	2.1 การเตรียมตัวที่ต้องเผชิญหน้ากับ การรักษาภาวะมีบุตรยากที่เต็มไปด้วย คามคาดหวังของคู่สมรส
2.2 ขั้นตอนการรักษา	2.2 ขั้นตอนการตั้งแต่เริ่มต้น การรักษา	2.2 ให้ข้อมูลการรักษาตั้งแต่การตรวจ วินิจฉัย การตรวจติดตาม สถานที่ และ วันเวลาในการให้บริการ
2.3 ให้ความรู้และความเข้าใจ กระบวนการรักษา	2.3 ให้ความรู้ความเข้าใจตั้งแต่ เริ่มกระบวนการเข้ารับการ รักษาและภาวะแทรกซ้อนที่ อาจจะเกิดขึ้นได้	2.3 ให้ความรู้คู่สมรสทำความเข้าใจใน กระบวนการรักษาตั้งแต่เตรียมตัวก่อน เข้ารับการรักษา ระหว่างการรักษา รวมถึงภาวะที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่าง การรักษา

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ จากการทบทวนวรรณกรรมรอบที่ 1 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์	สร้างคำถาม
2.4 ความพื้นฐาน	2.4 ให้ความรู้ขั้นพื้นฐานในการเตรียมตัวเข้ารับการรักษา	2.4 ให้ความรู้ข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมตัวเข้ารับการรักษาต่างๆ เช่น การกระตุ้นไข่ การเก็บไข่ การปฏิสนธิ ภายนอกร่างกาย (IVF/ICSI) การเก็บน้ำอสุจิหรือการพิจารณาการตรวจตัวอ่อนก่อนการฝังตัว เป็นต้น
2.5 การดูแลติดตามผล	2.5 การดูแลการติดตามผลการตั้งครรภ์	2.5 ให้การดูแลและตรวจติดตามการตั้งครรภ์ เช่น การนัดตรวจติดตามผลการตั้งครรภ์ภายหลังการผสมเทียม หรือ ภายหลังการย้ายตัวอ่อนเข้าสู่โพรงมดลูก เป็นต้น
2.6 ความรู้เรื่องยา	2.6 ให้ความรู้การบริหารยา	2.6 ให้ความรู้เรื่องการบริหารยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ตำแหน่งที่ใช้ในการบริหารยา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการบริหารยา
2.7 ความเสี่ยง	2.7 ให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้	2.7 ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องความเสี่ยงที่อาจเกิดได้จากกระบวนการรักษา เช่น ภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป หรือ โอกาสที่ไข่ตกก่อนเวลาที่เหมาะสม
2.8 ให้คำแนะนำ	2.8 ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล	2.8 การให้ความรู้และคำแนะนำจะต้องมีความจำเพาะเจาะจงกับแต่ละบุคคล
3. ด้านหน้าที่ให้คำปรึกษา	3. ด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ	3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ
3.1 ให้คำปรึกษา	3.1 ให้คำปรึกษาในด้านอารมณ์	3.1 ให้คำปรึกษาทางด้านอารมณ์และจิตใจให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ จากการทบทวนวรรณกรรมรอบที่ 1 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจาก การสัมภาษณ์	สร้างคำถาม
3.2 ค้นหาสาเหตุของความวิตกกังวล	3.2 หาสาเหตุของความวิตกกังวล จิตใจ สังกม จิตวิญญาณ ความเชื่อตามหลักศาสนา	3.2 หาสาเหตุของความวิตกกังวล เช่น ความกังวลในการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับจริยธรรม ความเชื่อทางศาสนา และการรักษาความลับ เป็นต้น
3.3 การสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการเผชิญปัญหา	3.3 ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจ	3.3 ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจเมื่อคู่สมรสอยู่ในภาวะวิตกกังวล
3.4 ให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการรักษาบนพื้นฐาน	3.4 ให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการรักษาบนพื้นฐานความเป็นจริง	3.4 ให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการรักษาบนพื้นฐานความเป็นจริง เพื่อไม่ให้เกิดความคาดหวังที่สูงเกินไป
3.5 สนับสนุนให้คู่สมรสมีกำลังใจ มีความมั่นใจ	3.5 สนับสนุนให้คู่สมรสมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต	3.5 สนับสนุนให้คู่สมรสมีกำลังใจ มีความมั่นใจ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสในช่วงการรักษา
3.6 คู่สมรสสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข	3.6 กระตุ้นให้คู่สมรสสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข	3.6 กระตุ้นให้คู่สมรสสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยไม่หมกมุ่นกับการรักษาภาวะมีบุตรยากเพียงอย่างเดียว
4. ด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการการรักษา	4. ด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการการรักษา	4. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการการรักษา
4.1 การเฝ้าระวังการใช้ยา	4.1 การเฝ้าระวังการใช้ยาต่างๆ ได้ถูกต้อง	4.1 การเฝ้าระวังการใช้ยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เป็นต้น
4.2 กำหนดการตรวจต่างๆ	4.2 กำหนดตารางการตรวจ	4.2 การกำหนดตารางการตรวจติดตาม เช่น การนัดตรวจอัลตราซาวด์ การนัดวันเก็บไข่ เป็นต้น

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จากการทบทวนวรรณกรรมรอบที่ 1 (ต่อ)

การทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจาก การสัมภาษณ์	สร้างคำถาม
4.3 ข้อมูลการรักษา	4.3 ผลการสำเร็จของข้อมูล การรักษา	4.3 บันทึกข้อมูลผลการรักษาและผล ความสำเร็จ
4.4 ผลลัพธ์ของการรักษา	4.4 สื่อสารถึงผลลัพธ์ของ การรักษา	4.4 สื่อสารถึงผลลัพธ์ของการรักษาให้ ทีมได้ทราบ เพื่อนำไปปรับปรุงการ รักษา
4.5 กระบวนการรักษา	4.5 ปรับกระบวนการรักษา ให้ทันสมัย	4.5 ปรับแก้ไขกระบวนการรักษาให้ ทันสมัยและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้น
4.6 การเตรียมเอกสาร	4.6 เอกสารที่ต้องเตรียมใน การทำหัตถการ	4.6 จัดเตรียมเอกสารแสดงความยินยอม ในการทำหัตถการต่างๆ
4.7 ความต้องการ	4.7 ความต้องการเป็นพิเศษ	4.7 ให้ข้อมูลแก่ทีมรักษาในกลุ่มสมรสที่มี ความต้องการเป็นพิเศษ
4.8 ปรับกระบวนการรักษา	4.8 ปรับกระบวนการรักษา อยู่เสมอ	4.8 ปรับเวชระเบียนให้สอดคล้องกับ กระบวนการรักษาอยู่เสมอ

จากตารางที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ที่ได้จากการบูรณาการจากกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

(1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิกจำนวน 6 ตัวชี้วัด 2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ มีจำนวน 8 ตัวชี้วัด 3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ จำนวน 6 ตัวชี้วัด 4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษาจำนวน 8 ตัวชี้วัด

(2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 นำคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์มารวบรวมแบบสอบถามรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยการคำนวณหาค่ามัชฌิม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของข้อคำถามแต่ละข้อ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป หากค่ามัชฌิมมีค่าตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่าง

ควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน หลังการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษากภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์สอดคล้องกันทุกข้อ นำไปสร้างเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าพร้อมแสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบในรอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม นำไปเก็บ ข้อมูลรอบที่ 3 เพื่อยืนยันคำตอบและให้เหตุผลประกอบกรณีคำตอบนั้นอยู่นอกพิสัยควอไทล์ ดังต่อไปนี้

(2.1) ตัดข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก ด้านรวบรวมและประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วนก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา

(2.2) ตัดข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการด้านการให้ความรู้และคำแนะนำจะต้องมีความจำเพาะเจาะจงแต่ละรายบุคคล

(2.3) ตัดข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษาปรับเวชระเบียนให้สอดคล้องกับกระบวนการรักษาอยู่เสมอ

(3) ผลการวิเคราะห์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยคำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษากภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์

2.1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก รอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านหน้าที่ในการดูแลและ ให้บริการทางคลินิก	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1.	รวบรวมข้อมูลและประวัติการรักษา ในอดีตของคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตร ยาก	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
2.	ตรวจประเมินขั้นพื้นฐานของคู่ สมรสก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา ภาวะมีบุตรยาก	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก รอบที่ 2 และรอบที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านหน้าที่ในการดูแลและ ให้บริการทางคลินิก	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
3.	สอนให้คำแนะนำในการบริหารยา ในรูปแบบยารับประทาน ยาฉีด และยาเหน็บทางช่องคลอด	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
4.	ดูแลและประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะมี บุตรยาก ก่อน ระหว่าง และภายหลัง การทำหัตถการ เช่น กระบวนการ เก็บไข่ การย้ายกลับตัวอ่อน และ การเก็บน้ำเชื้อ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
5.	นัดเพื่อตรวจติดตามการกระตุ้นไข่ การฉีดเชื้อเพื่อผสมเทียม การตรวจ ติดตามผลการตั้งครรภ์	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิกจำนวน 5 ตัวชี้วัด พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ โดยมีข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลอยู่ในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ (Md = 4.50 – 5.00, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) รวบรวมข้อมูลและประวัติการรักษาในอดีตของคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก 2) ตรวจประเมินขั้นพื้นฐานของคู่สมรสก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยาก 3) สอนให้คำแนะนำในการบริหารยาในรูปแบบยารับประทาน ยาฉีด และยาเหน็บทางช่องคลอด 4) ดูแลและประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะมีบุตรยาก ก่อน ระหว่าง และภายหลังการทำหัตถการ เช่น กระบวนการเก็บไข่ การย้ายกลับตัวอ่อน และการเก็บน้ำเชื้อ และ 5) นัดเพื่อตรวจติดตามการกระตุ้นไข่ การฉีดเชื้อเพื่อผสมเทียม การตรวจติดตามผลการตั้งครรภ์

2.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ รอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านให้ความรู้และให้ข้อมูล แก่ผู้รับบริการ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1.	การเตรียมตัวที่ต้องเผชิญหน้ากับการรักษาภาวะมีบุตรยากซึ่งเต็มไปด้วยความคาดหวังของกลุ่มสมรสและครอบครัว	4	1.00	มาก	4	1	มาก
2.	ให้ข้อมูลขั้นตอนการรักษาตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การตรวจติดตามสถานที่และวันเวลาในการให้บริการ	5	0.00	มากที่สุด	5	0.5	มากที่สุด
3.	ให้ความรู้กลุ่มสมรสทำความเข้าใจในกระบวนการรักษาตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษา ระหว่างการรักษา รวมถึง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการรักษา	5	1.00	มากที่สุด	5	1.00	มากที่สุด
4.	ให้ความรู้ข้อมูลพื้นฐาน ในการเตรียมตัวเข้ารับการรักษาต่าง ๆ เช่น การกระตุ้นไข่ การเก็บไข่ การปฏิสนธิ ภายนอกอกร่างกาย (IVF/ICSI) การเก็บน้ำอสุจิหรือการพิจารณาการตรวจตัวอ่อนก่อนการฝังตัว เป็นต้น	5	1.00	มาก	4	0.5	มาก
5.	ให้การดูแลและตรวจติดตามการตั้งครรภ์ เช่น การนัดตรวจติดตามผลการตั้งครรภ์ภายหลังการผสมเทียมหรือ ภายหลังการย้ายตัวอ่อนเข้าสู่โพรงมดลูก เป็นต้น	4	1.00	มาก	4	0.5	มาก

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ รอบที่ 2 และรอบที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านให้ความรู้และให้ข้อมูล แก่ผู้รับบริการ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
6.	ให้ความรู้เรื่องการบริหารยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ ตำแหน่งที่ใช้ในการบริหารยา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการบริหารยา	5	1.00	มาก	4	0.00	มาก
7.	ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องความเสี่ยงที่อาจเกิดได้จากกระบวนการรักษา เช่น ภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป หรือ โอกาสที่ไข่ตกก่อนเวลาที่เหมาะสม	5	1.00	มากที่สุด	5	1.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ มีจำนวน 7 ตัวชี้วัดพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกตัวชี้วัด โดยมีข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยในระดับความสำคัญมาก (Md = 4.00 – 4.49, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) การเตรียมตัวที่ต้องเผชิญหน้ากับการรักษาภาวะมีบุตรยากซึ่งเต็มไปด้วยความคาดหวังของกลุ่มสมรสและครอบครัว 2) ให้ความรู้ข้อมูลพื้นฐาน ในการเตรียมตัวเข้ารับการรักษาต่างๆ เช่น การกระตุ้นไข่ การเก็บไข่ การปฏิสนธิภายนอกร่างกาย (IVF/ICSI) การเก็บน้ำอสุจิ หรือการพิจารณาการตรวจตัวอ่อนก่อนการฝังตัว เป็นต้น 3) ให้การดูแลและตรวจติดตามการตั้งครรภ์ เช่น การนัดตรวจติดตามผลการตั้งครรภ์ ภายหลังการผสมเทียม หรือภายหลังการย้ายตัวอ่อนเข้าสู่โพรงมดลูก เป็นต้น และ 4) ให้ความรู้เรื่องการบริหารยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ตำแหน่งที่ใช้ในการบริหารยา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการบริหารยา และ ระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.50 – 5.00, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) ให้ข้อมูลขั้นตอนการรักษาตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การตรวจติดตาม สถานที่และวันเวลาในการให้บริการ 2) ให้ความรู้กลุ่มสมรสทำความเข้าใจในกระบวนการรักษาตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษา ระหว่างการรักษา รวมถึง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการรักษา และ 3) ให้

ความรู้และคำแนะนำเรื่องความเสี่ยงที่อาจเกิดได้จากกระบวนการรักษา เช่น ภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป หรือ โอกาสที่ไข่ตกก่อนเวลาที่เหมาะสม

2.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย รอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านหน้าที่ให้คำปรึกษา แก่ผู้รับบริการ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1.	ให้คำปรึกษาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ให้เหมาะสมแต่ละบุคคล	4	1.00	มาก	4	1.00	มาก
2.	หาสาเหตุของความวิตกกังวล เช่น ความ กังวลในการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้ง ปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับจริยธรรม ความเชื่อทางศาสนา และการรักษา ความลับ เป็นต้น	5	1.00	มากที่สุด	5	1.00	มากที่สุด
3.	ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจเมื่อคู่ สมรสอยู่ในภาวะวิตกกังวล	4.26	1.00	มาก	4.26	1.00	มาก
4.	ให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการรักษาบน พื้นฐานความเป็นจริง เพื่อไม่ให้เกิด ความคาดหวังที่สูงเกินไป	4.26	1.00	มาก	4.26	1.00	มาก
5.	สนับสนุนให้คู่สมรสมีกำลังใจ มีความ มั่นใจ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างคู่สมรสในช่วงการรักษา	4	1.00	มาก	4	1.00	มาก
6.	กระตุ้นให้คู่สมรสสามารถดำรงชีวิตได้ อย่างมีความสุข โดยไม่หมกมุ่นกับการ รักษาภาวะมีบุตรยากเพียงอย่างเดียว	5	1.00	มากที่สุด	5	1.00	มากที่สุด

จากตาราง 5 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ จำนวน 6 ตัวชี้วัดพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ในระดับสำคัญมาก ($Md = 4.00 - 4.49$, $IR = 0.00-1.00$) ได้แก่ 1) ให้คำปรึกษาทางด้านอารมณ์และจิตใจให้เหมาะสมแต่ละบุคคล 2) ให้การสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจเมื่อกลุ่มสมรสอยู่ในภาวะวิกฤตกังวล 3) ให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการรักษายบนพื้นฐานความเป็นจริง เพื่อไม่ให้เกิดความคาดหวังที่สูงเกินไป และ 4) สนับสนุนให้กลุ่มสมรสมีกำลังใจ มีความมั่นใจ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มสมรสในช่วงการรักษา และ ระดับความสำคัญมากที่สุด ($Md = 4.50 - 5.00$, $IR = 0.00-1.00$) ได้แก่ 1) หาสาเหตุของความวิตกกังวล เช่น ความกังวลในการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับจริยธรรม ความเชื่อทางศาสนา และการรักษาความลับ เป็นต้น และ 2) กระตุ้นให้กลุ่มสมรสสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยไม่หมกมุ่นกับการรักษาภาวะมีบุตรยากเพียงอย่างเดียว

2.4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา รอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านหน้าที่ประสานงาน ในกระบวนการรักษา	รอบที่ 2		รอบที่ 3			
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1.	การเฝ้าระวังการใช้ยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เป็นต้น	5	1.00	มากที่สุด	5	1.00	มากที่สุด
2.	การกำหนดตารางการตรวจติดตาม เช่น การนัดตรวจอัลตราซาวด์ การนัดวัน เก็บไข่ เป็นต้น	5	1.00	มากที่สุด	5	1.00	มากที่สุด
3.	บันทึกข้อมูลผลการรักษาและ ผลความสำเร็จ	5	1.00	มากที่สุด	5	1.00	มากที่สุด
4.	สื่อสารถึงผลลัพธ์ของการรักษาให้ทีม ได้ทราบ เพื่อนำไปปรับปรุงการรักษา	4	1	มาก	4	0	มาก
5.	ปรับแก้ไขกระบวนการรักษาให้ ทันสมัยและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้น	4	1	มาก	4	0	มาก

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา รอบที่ 2 และรอบที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านหน้าที่ประสานงาน ในกระบวนการรักษา	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
				ความสำคัญ			ความสำคัญ
6.	จัดเตรียมเอกสารแสดงความยินยอมในการทำหัตถการต่างๆ	5	1.00	มากที่สุด	5	1.00	มากที่สุด
7.	ให้ข้อมูลแก่ทีมรักษาในกลุ่มสมรสที่มีความต้องการเป็นพิเศษ	5	1.00	มากที่สุด	5	1.00	มากที่สุด

จากตาราง 6 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา จำนวน 7 ตัวชี้วัดพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับสำคัญมากที่สุด (Md = 5.00 – 4.50, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังการใช้ยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เป็นต้น 2) การกำหนดตารางการตรวจติดตาม เช่น การนัดตรวจอัลตราซาวด์ การนัดวันเก็บไข่ เป็นต้น 3) บันทึกข้อมูลผลการรักษาและผลความสำเร็จ 4) จัดเตรียมเอกสารแสดงความยินยอมในการทำหัตถการต่างๆ 5) ให้ข้อมูลแก่ทีมรักษาในกลุ่มสมรสที่มีความต้องการเป็นพิเศษ และระดับสำคัญมาก (Md = 4.00 – 4.49, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) สื่อสารถึงผลลัพธ์ของการรักษาให้ทีมได้ทราบเพื่อนำไปปรับปรุงการรักษา และ 2) ปรับแก้ไขกระบวนการรักษาให้ทันสมัยและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รอบ 2 และรอบ 3

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รอบ 2	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รอบ 3
<ol style="list-style-type: none"> 1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้การบริการทางคลินิก 6 ตัวชี้วัด 2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ 8 ตัวชี้วัด 3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ 6 ตัวชี้วัด 4. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา 8 ตัวชี้วัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้การบริการทางคลินิก 5 ตัวชี้วัด 2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ 7 ตัวชี้วัด 3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ 6 ตัวชี้วัด 4. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา 7 ตัวชี้วัด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นอันตงคคของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยเริ่มต้นจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจาก เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มาบูรณาการเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการวิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ รวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 รอบ โดยการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และตอบ แบบสอบถามอีก 2 ครั้ง ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและ/หรือการดูแลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จำนวน 23 คน จำแนกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยและอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีบุตรยาก จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตัวชี้วัดในหน่วยงานคุณภาพ จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยาก จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 4 กลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านการมีบุตรยาก จำนวน 5 คน และกลุ่มที่ 5 กลุ่มอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านตัวชี้วัดคุณภาพ จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้างและข้อคำถามปลายเปิด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์หรือให้ผู้เชี่ยวชาญเขียน ตอบโดยแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมกันระหว่างจากการสัมภาษณ์และจากการทบทวนวรรณกรรมนำมาสร้างเป็นแบบข้อคำถาม ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบ Likert scale 5 ระดับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 28 ตัวชี้วัด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในแต่ละข้อ และชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามชุด เดียวกันกับชุดที่ 2 โดยได้รับการแก้ไขและเพิ่มเติมจากข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากรอบ ที่ 2 โดยรอบนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ตัวชี้วัด โดยมีรายการตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลในบางรายการมีการเปลี่ยนแปลง

จากการรวมตัวชีวิตด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีความหมายใกล้เคียงเข้าด้วยกัน เพิ่มเติมรายการที่ได้จากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และถูกตัดออก เนื่องจากไม่ใช่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ข้อคำถามจะมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบ Likert scale 5 ระดับ เพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบในรอบที่ 2 ของข้อคำถามแต่ละข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบข้อคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อน ทบทวนตอบคำถามของตนเองเพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ รวมทั้งสิ้น 75 วัน ระยะเวลารวบรวม ข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่ พฤษภาคม ถึง มิถุนายน ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่ มิถุนายน 2562 ถึง กรกฎาคม 2562 และระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 เดือน กรกฎาคม 2562 สรุปผลการวิจัยการศึกษา ตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เรียงลำดับตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลแต่ละด้าน และเรียงลำดับข้อความตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลย่อยตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50-4.49 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมาก และข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องการศึกษาตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาล 4 ด้าน และรายการ ตัวชีวิตคุณภาพการพยาบาลย่อย 25 ตัวชีวิตมีรายละเอียด ดังนี้

5.1.1 ตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก จำนวน 5 ตัวชีวิต พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ โดยมีข้อความตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลย่อยในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ (Md = 4.50 – 5.00, IR = 0.00-1.00)

5.1.2 ตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ จำนวน 7 ตัวชีวิต พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกตัวชีวิต โดยมีข้อความตัวชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลย่อยในระดับความสำคัญมาก (Md = 4.00 – 4.49, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) การเตรียมตัวที่ต้องเผชิญหน้ากับการรักษาภาวะมีบุตรยากซึ่งเต็มไปด้วยความคาดหวังของกลุ่มสมรสและครอบครัว 2) ให้ความรู้ข้อมูลพื้นฐาน ในการเตรียมตัวเข้ารับการรักษาต่างๆ เช่น การกระตุ้นไข่ การเก็บไข่ การปฏิสนธิภายนอกร่างกาย (IVF/ICSI) การเก็บน้ำอสุจิหรือการพิจารณาการตรวจตัวอ่อนก่อนการฝังตัว เป็นต้น 3) ให้การดูแลและตรวจติดตามการตั้งครรภ์ เช่น การนัดตรวจติดตามผลการตั้งครรภ์ภายหลังการผสมเทียม หรือภายหลังการย้ายตัวอ่อนเข้าสู่โพรงมดลูก เป็นต้น และ 4) ให้ความรู้เรื่องการบริหารยา เช่น

ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ตำแหน่งที่ใช้ในการบริหารยา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการบริหารยา และระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.50 – 5.00, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) ให้ข้อมูลขั้นตอนการรักษาตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การตรวจติดตาม สถานที่และวันเวลาในการให้บริการ 2) ให้ความรู้กลุ่มสมรสทำความเข้าใจในกระบวนการรักษาตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษา ระหว่างการรักษา รวมถึง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการรักษา และ 3) ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องความเสี่ยงที่อาจเกิดได้จากกระบวนการรักษา เช่น ภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป หรือ โอกาสที่ไปตกก่อนเวลาที่เหมาะสม

5.1.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่รับบริการ จำนวน 6 ตัวชี้วัด พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับสำคัญมาก (Md = 4.00 – 4.49, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) ให้คำปรึกษาทางด้านอารมณ์และจิตใจให้เหมาะสมแต่ละบุคคล 2) ให้การสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจเมื่อกลุ่มสมรสอยู่ในภาวะวิตกกังวล 3) ให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการรักษาบนพื้นฐานความเป็นจริง เพื่อไม่ให้เกิดความคาดหวังที่สูงเกินไป และ 4) สนับสนุนให้กลุ่มสมรสมีกำลังใจ มีความมั่นใจ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มสมรสในช่วงการรักษา และ ระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.50–5.00, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) หาสาเหตุของความวิตกกังวล เช่น ความกังวลในการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับจริยธรรม ความเชื่อทางศาสนา และการรักษาความลับ เป็นต้น และ 2) กระตุ้นให้กลุ่มสมรสสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยไม่หมกมุ่นกับการรักษาภาวะมีบุตรยากเพียงอย่างเดียว

5.1.4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา จำนวน 7 ตัวชี้วัด พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ในระดับสำคัญมากที่สุด (Md = 5.00–4.50, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังการใช้ยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เป็นต้น 2) การกำหนดตารางการตรวจติดตาม เช่น การนัดตรวจอัลตราซาวด์ การนัดวันเก็บไข่ เป็นต้น 3) บันทึกข้อมูลผลการรักษาและผลความสำเร็จ 4) จัดเตรียมเอกสารแสดงความยินยอมในการทำหัตถการต่างๆ 5) ให้ข้อมูลแก่ทีมรักษาในกลุ่มสมรสที่มีความต้องการเป็นพิเศษ และระดับสำคัญมาก (Md = 4.00 – 4.49, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) สื่อสารถึงผลลัพธ์ของการรักษาให้ทีมได้ทราบ เพื่อนำไปปรับปรุงการรักษา และ 2) ปรับแก้ไขกระบวนการรักษาให้ทันสมัยและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก จำนวน 5 ตัวชี้วัด พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ โดยมีข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ ($Md = 4.50 - 5.00$, $IR = 0.00-1.00$) ได้แก่ 1) รวบรวมข้อมูลและประวัติการรักษาในอดีตของกลุ่มสมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก 2) ตรวจสอบเงินขั้นพื้นฐานของกลุ่มสมรสก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยาก 3) สอนให้คำแนะนำในการบริหารยาในรูปแบบยารับประทาน ยาฉีด และยาเหน็บทางช่องคลอด 4) ดูแลและประเมินกลุ่มสมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก ก่อน ระหว่าง และภายหลังการทำหัตถการ เช่น กระบวนการเก็บไข่ การย้ายกลับตัวอ่อน และการเก็บน้ำเชื้อ และ 5) นัดเพื่อตรวจติดตามการกระตุ้นไข่ การฉีดเชื้อเพื่อผสมเทียม การตรวจติดตามผลการตั้งครรภ์

อภิปรายได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลและให้บริการกลุ่มสมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก จะมีความแตกต่างกับการดูแลทั่วไป เนื่องจากพยาบาลจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา ทำให้พยาบาลจึง เป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากกลุ่มสมรสจะมีความผูกพันและศรัทธาในตัวพยาบาลไม่น้อยไปกว่าแพทย์ผู้ให้การ รักษา ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจในกระบวนการรักษาเป็นอย่างดีเพื่อให้ผู้มีบุตรยากได้รับการรักษาที่สอดคล้องและต่อเนื่องกับทีมแพทย์ โดยบทบาทและหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2561) ได้กำหนดระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยว่า ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก (Clinical population) คือ กลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือ ได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรค เบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง ที่จะเป็เป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย และกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการกำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

5.2.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ จำนวน 7 ตัวชี้วัด พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกตัวชี้วัด โดยมีข้อความตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยในระดับความสำคัญมาก ($Md = 4.00-4.49$, $IR = 0.00-1.00$) ได้แก่ 1) การเตรียมตัวที่ต้องเผชิญหน้ากับการรักษาภาวะมีบุตรยากซึ่งเต็มไปด้วยความคาดหวังของกลุ่มสมรสและครอบครัว 2) ให้ความรู้ข้อมูลพื้นฐาน ในการเตรียมตัวเข้ารับการรักษาต่างๆ เช่น การกระตุ้นไข่ การเก็บไข่ การปฏิสนธิ ภายนอก ร่างกาย (IVF/ICSI) การเก็บน้ำอสุจิหรือการพิจารณาการตรวจตัวอ่อนก่อนการฝังตัว เป็นต้น 3) ให้การดูแลและตรวจติดตามการตั้งครรภ์ เช่น การนัดตรวจติดตามผลการตั้งครรภ์ภายหลังการผสมเทียม หรือ ภายหลังการย้ายตัวอ่อนเข้าสู่โพรงมดลูก เป็นต้น และ 4) ให้ความรู้เรื่องการบริหารยา เช่น ชนิดของยา

ขนาดของยาที่ใช้ตำแหน่งที่ใช้ในการบริหารยา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการบริหารยา และระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.50–5.00, IR = 0.00–1.00) ได้แก่ 1) ให้ข้อมูลขั้นตอนการรักษาตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การตรวจติดตาม สถานที่และวันเวลาในการให้บริการ 2) ให้ความรู้คู่สมรสทำความเข้าใจในกระบวนการรักษาตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษา ระหว่างการรักษา รวมถึง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการรักษา และ 3) ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องความเสี่ยงที่อาจเกิดได้จากกระบวนการรักษา เช่น ภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป หรือ โอกาสที่ไข่ตกก่อนเวลาที่เหมาะสม

อภิปรายได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ (patient educator) การให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่คู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก จะต้องมีความจำเพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล เนื่องจากจะมีปัญหาและมีสาเหตุของการมีบุตรยากแตกต่างกัน รวมทั้งกระบวนการและแนวทางการรักษาก็มีความแตกต่างกันในแต่ละราย ดังนั้นการให้ความรู้และข้อมูลจะต้องมีความชัดเจนถูกต้อง เข้าใจได้ง่าย เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น ในกระบวนการรักษา การให้ความรู้และข้อมูลมีเป้าหมายเพื่อให้คู่สมรสได้เห็นภาพรวมทั้งก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษารวมถึงแนวทาง การปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา ทำให้คู่สมรสเกิดความมั่นใจ มีความเชื่อมั่น เกิดความร่วมมืออย่างดีในการปฏิบัติตามแผนการ รักษาที่วางไว้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ ความรู้และข้อมูลที่ควรให้กับคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก สอดคล้องกับ สภากาพยาบาล (2562) เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 ในมาตรฐานเชิงกระบวนการ หมวด 2 การปฏิบัติการผดุงครรภ์ (Midwifery Practices Standards) มาตรฐานที่ 1 การปฏิบัติการผดุงครรภ์ทั่วไป การดูแลก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ (Care before and during pregnancy/Antenatal care) ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมชีวิตครอบครัว (Preparation for healthy family life) พยาบาลผดุงครรภ์ ให้คำปรึกษา และคำแนะนำที่เหมาะสม แก่สตรีรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน เกี่ยวกับการมีครอบครัว การตั้งครรภ์ ซึ่งรวมถึงการให้สุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ การวางแผนครอบครัว การเตรียมตัวตั้งครรภ์ และบทบาทการเป็นบิดามารดา ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติตามความเชื่อและวัฒนธรรมที่เป็นประ โยชน์ และไม่เกิดอันตราย

5.2.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ จำนวน 6 ตัวชี้วัด พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ในระดับสำคัญมาก (Md = 4.00 – 4.49, IR = 0.00–1.00) ได้แก่ 1) ให้คำปรึกษาทางด้านอารมณ์และจิตใจให้เหมาะสมแต่ละบุคคล 2) ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจเมื่อคู่สมรสอยู่ในภาวะวิตกกังวล 3) ให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการรักษาบนพื้นฐานความเป็นจริง เพื่อไม่ให้เกิดความคาดหวังที่สูงเกินไป และ 4) สนับสนุนให้คู่สมรสมีกำลังใจ มีความมั่นใจ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสในช่วงการรักษา และระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 4.50–5.00, IR = 0.00–1.00) ได้แก่ 1) หาสาเหตุของความวิตกกังวล เช่น ความกังวลในการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้ง

ปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับจริยธรรม ความเชื่อทางศาสนา และการรักษาความลับ เป็นต้น และ2) กระตุ้นให้คู่สมรสสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยไม่หมกมุ่นกับการรักษาภาวะมีบุตรยากเพียงอย่างเดียว

อภิปรายได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ (Counselor) ถึงแม้ว่าการพัฒนาของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์จะช่วยให้ผู้มีภาวะมีบุตรยากสามารถก้าวข้ามขีดจำกัดจนสามารถมีบุตรได้แต่อย่างไรก็ดีในทุกกระบวนการรักษาผลลัพธ์อาจไม่ได้เป็นไปอย่างที่คาดหวังไว้เช่น ฟองไข่ไม่เจริญเติบโต ไม่สามารถเก็บเซลล์ไข่ได้ เซลล์ไข่ไม่ปฏิสนธิกับอสุจิ การย้ายกลับตัวอ่อนแล้วไม่ตั้งครรภ์ เป็นต้น จนมีคำกล่าวไว้ว่า ภาวะมีบุตรยากถือว่าเป็น “วิกฤตของชีวิต” (Menning, 1980; อ้างใน บังอร ทศนาการไพศาล พันธุ์กวี ดันดีวิริยพันธ์ และกำธร พฤษยานานนท์, 2561) เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทางกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจเป็นอย่างมาก ได้มีการศึกษาถึงความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในกระบวนการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์พบว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีบุตรยาก การรักษาด้วยการปฏิสนธิภายนอกร่างกายถือเป็นการรักษาวิธีสุดท้าย ผู้มีบุตรยากย่อมเกิดความวิตกกังวลถึงโอกาสของความสำเร็จ เมื่อเริ่มเข้าสู่การรักษาพบว่า มีคู่สมรสมากถึงร้อยละ 25 ที่มีความคาดหวังในผลสำเร็จมากเกินไปจนความเป็นจริง ในระหว่างกระบวนการรักษา การตรวจติดตามด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงแล้วพบว่ามียอดไข่มุมที่น้อยกว่าที่คาดหวังไว้ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง เมื่อถึงวันเก็บไข่แล้วได้เซลล์ไข่น้อยกว่าที่ตรวจประเมินไว้ รวมทั้งเมื่อย้ายกลับตัวอ่อนไม่เกิดการตั้งครรภ์ เหตุการณ์ทั้งหมดดังที่ได้กล่าวมาย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจของคู่สมรสที่มีบุตรยากได้อย่างมาก (Verhaak, et al, 2007) การแสดงออกของปัญหาทางจิตใจมีความแตกต่างกันโดยพบว่า ฝ่ายหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าฝ่ายชาย ในขณะที่ฝ่ายชายจะพบว่ามีความเครียดและปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้เป็นสาเหตุของการมีบุตรยากมากกว่าฝ่ายหญิง มีหลากหลายการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางด้านอารมณ์และจิตใจเป็นสาเหตุที่ทำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากยุติการรักษามากถึงร้อยละ 60-65 (Malcolm & Cumming, 2004) ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับคู่สมรสมากที่สุด จึงควรให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา โดยการให้ข้อมูลบนพื้นฐานความเป็นจริง เพื่อไม่ให้เกิดความคาดหวังที่มากเกินไปหรือหมกมุ่นใจจนไม่ยอมเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562 (สภาการพยาบาล, 2562) กล่าวว่า มาตรฐานเชิงกระบวนการ ในมาตรฐานที่ 4 การจัดการการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย 1) ประเมินวางแผนและจัดการการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการ ครอบครัว หรือผู้เกี่ยวข้อง 2) พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งประสานการใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม 3) ส่งต่อการดูแลผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องทั้ง

ภายในและ ภายนอกสถานพยาบาล ข้อกำหนดที่ 4) มีระบบติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและ/หรือในชุมชน และ5) มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลต่อเนื่องและนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

5.2.4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา จำนวน 7 ตัวชี้วัดพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ในระดับสำคัญมากที่สุด (Md = 5.00–4.50, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังการใช้ยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เป็นต้น 2) การกำหนดตารางการตรวจติดตาม เช่น การนัดตรวจอัลตราซาวด์ การนัดวันเก็บไข่ เป็นต้น 3) บันทึกข้อมูลผลการรักษาและผลความสำเร็จ 4) จัดเตรียมเอกสารแสดงความยินยอมในการทำหัตถการต่าง ๆ 5) ให้ข้อมูลแก่ทีมรักษาในคู่สมรสที่มีความต้องการเป็นพิเศษ และระดับสำคัญมาก (Md = 4.00–4.49, IR = 0.00-1.00) ได้แก่ 1) สื่อสารถึงผลลัพธ์ของการรักษาให้ทีมได้ทราบ เพื่อนำไปปรับปรุงการรักษา และ2) ปรับแก้ไขกระบวนการรักษาให้ทันสมัยและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

อภิปรายได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการประสานงานในกระบวนการการรักษา (IVF coordinator) เป้าหมายของพยาบาลในการประสานงาน คือ เชื่อมโยงทีมรักษา อันประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล นักวิทยาศาสตร์ และคู่สมรสให้การติดต่อสื่อสารกันอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น และได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นสื่อกลางและเป็นผู้ประสานงานในกระบวนการรักษาที่ดีที่สุด พยาบาลผู้ประสานต้องมีความละเอียด ใฝ่ใจ และมีความยืดหยุ่นเพื่อให้ผู้ร่วมงานทุกคนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความต่อเนื่อง ในยุคที่เทคโนโลยีมีการพัฒนาไปอย่างมาก การประสานงานหรือการสื่อสารไม่ได้หยุดอยู่เพียงการให้บริการในคลินิกเท่านั้น การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น โทรศัพท์มือถือ อีเมล แอปพลิเคชัน ไลน์ ทำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากรวมทั้งทีมการรักษาเข้าถึงกันได้ง่ายขึ้น ทำให้การรักษาเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง และราบรื่น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจในกระบวนการรักษานั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 (สภาการพยาบาล, 2562) มาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานที่ 1 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยข้อกำหนด ดังนี้ 1) ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึด ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 2) ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ 3) ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัย มาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน 4) ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นรายบุคคล 5) ให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแล และ6) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

- 1) พยาบาลผู้ดูแลผู้ให้บริการภาวะมีบุตรยากควรนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
- 2) ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการพยาบาลผู้รับบริการภาวะที่มีบุตรยาก
- 3) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำไปศึกษาเพิ่มเติมตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐานในประเภทอื่น ๆ ของผู้รับบริการให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในระยะยาว
- 2) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ ในวัฒนธรรมที่ต่างกัน
- 3) ศึกษาความสัมพันธ์ของประสิทธิผลตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ระหว่างผู้หญิงที่มีภาวะการมีบุตรยากตามความแตกต่างด้านวัฒนธรรม

บรรณานุกรม

- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้าครอบครัวไทยยุคเกิดน้อย อายุยืน. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย.
- กัญญารัตน์ แก้วดำ. (2559). การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกศินี พุทธรนต์. (2560). การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรัญญา ดิจะโปะ, จรัสศรี ชีระกุลชัย, และศรีสมร ภูมณสกุล. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 28(2). 67-79.
- จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตรยาก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 30(3). 6-15.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2544). เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- จุฑารัตน์ ศรีม่วง. (2555). ความพึงพอใจในชีวิตสมรสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต). คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุมพล พุฒภัทรชีวิน. (2551). การวิจัยอนาคต. วารสารสมาคมการวิจัย. 13(2): 9-13.
- จุมพล พุฒภัทรชีวิน. (2553). เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDEF. ใน ทศพร ศรีสัมพันธ์ (บรรณาธิการ) เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย. หน้า 74-86. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชนิตา รักษ์พลเมือง. (2553). การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ใน ทศพร ศรีสัมพันธ์ (บรรณาธิการ) *เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย*. หน้า 59. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลธิชา สติระพจน์ และวิชาญ โชคชนะศิริ. (2560). จากพื้นฐานสู่ความก้าวหน้าของการรักษาภาวะมีบุตรยาก. *Ramathibodi Medical Journal*. 40(1). 49-58.
- ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม. (2555). การวิจัยด้วยวิธีเดลฟาย: การใช้มติสอดคล้องโดยเสียงข้างมาก. *วารสารวิชาการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์*. 7(18). 1-13.
- ดวงกมล สุขทองสา. (2558). *การศึกษาดัชนีวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลวิสัญญี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิดา นิงสานนท์, และเสาวคนธ์ รัตวิจิตรศิลป์. (บรรณาธิการ). (2551). *ดัชนีวัดระบบยาในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา.
- น้ำผึ้ง มีศิลป์. (2559). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย : การหลีกเลี่ยงมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้อง. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*. 9(1): 1256-1267.
- บังอร ทศนาการไพศาล, พันธุ์กวี ตันติวิริยพันธ์, และกำธร พฤกษานานนท์. (2561). บทบาทของพยาบาลในกระบวนการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. ใน กำธร พฤกษานานนท์. (บรรณาธิการ). *เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (พิมพ์ครั้งที่ 1) หน้า 195-204*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- ผดุงชัย ภูพัฒน์. (2551). *การพัฒนาตัวบ่งชี้และเกณฑ์ในการประเมิน*. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการประเมินและการจัดการโครงการประเมิน หน่วยที่ 4 หน้า169-189. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

พรทิพย์ มาลาธรรม, และประคอง อินทรสมบัติ. (2549). การประเมินผลคุณภาพการพยาบาล: ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*. 12(1). 25-35.

พันธ์ศักดิ์ สุกระถกษย์. (2551). *ภาวะมีบุตรยาก*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ. (2552). แนวทางการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น. ใน มงคล เบนจาทิบาล และคณะ. (บรรณาธิการ). *สูตินรีเวชทันยุค*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ้ง.

ภารดี ชาญสมร, จิตติมา มโนทัย, และกฤษณ์ พันตรา. (2554). ภาวะมีบุตรยากและการรักษา. ใน สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑู, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนจำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, และกิตติพงษ์ แซ่เจ็ง. (บรรณาธิการ). การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. หน้า 241-249. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

รัชณี สุจิจันทร์รัตน์. (2550). การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล. ใน รัชณี สุจิจันทร์รัตน์, วิณา จิระแพทย์, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, อภิญญา จำปามูล, อาภาพร เผ่าวัฒนา, อารีวรรณ อ่วมตานี, และเสนาห์ จุ้ยโต. *ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 10* หน้า 17-32. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2559). เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. (ออนไลน์). *สูตินรีเวชสัมพันธ์*. 25(9). สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2562. จากเว็บไซต์: <http://www.rtcog.or.th/home>.

รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรืองศิลป์ เขารัตน์, และจปรัฐ ปรีชาพานิช. (2554). การรักษาภาวะมีบุตรยาก. ใน วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ. (บรรณาธิการ). *นรีเวชวิทยา*. (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

สภาการพยาบาล. (2561). มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2562. จากเว็บไซต์: <https://www.tnmc.or.th/new/128>.

สภาการพยาบาล. (2562). มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.

- สมมติญจน์ เพ็ชรขิม. (2552). แนวทางการดูแลรักษาภาวะ มีบุตรยากเบื้องต้น. ใน มงคล เบญจาทิบาล และคณะ. (บรรณาธิการ). *สูตินรีเวชทันยุค*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิง.
- สุจิตรา บุญทวี. (2556). *การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาสวรรค์ เจียมสกุล. (2557). *การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์. (บรรณาธิการ). (2555). *ความก้าวหน้าทางเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์*. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551) *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ : ก.พ.ร. (2552). *คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 สำหรับส่วนราชการระดับกรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อรรวรรณ เหมียดไธสง. (2557). *การเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต). คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนก อารีพรค. (2548). *เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- อโนชา สาระสิต. (2550). *ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- โสภาส เศรษฐบุตร. (2010). ภาวะมีบุตรยาก (Infertility). สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2562. จากเว็บไซต์:
https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=390:infertility&catid=42&Itemid=479
- Berntein, S. J., & Hiborne, L. H. (1993). Clinical indications : The road to quality care?. Jointc Commission. *Journal on Quality Improvement*. 19(11). 501-509.
- Cwikel, J., Gidron, Y., & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 117(2): 126-131.
- Damti, O. B., Sarid, O., Sheiner, E., Zilberstein, T., & Cwikel, J. (2008). Stress and distress in infertility among women. *Harefuah*. 147(3): 256-260.
- Dattijo, L. M., Daru, P. H., & Umar, N. I. (2016). Anaemia in Pregnancy: Prevalence and Associated Factors in Azare, North-East Nigeria. *International Journal of Tropical Disease & Health*. 11(1). 1-9.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its saessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- ESHRE Capri Workshop Group. (2009). Intrauterine insemination. *Human Reproduction Update*. 15(3). 265–277.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing : Research, Theory & Practice*. (5th ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Gabriel, C. S., et al. (2013). Usage of quality indicators in hospital nursing services in Brazil. *Journal of Hospital Administration*. 2(4). 91-99.
- Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in delphi studies: review and implication for future quality assurance. *Technol Forecast Soc Change*. 79(8). 1525-1536.
- Heslop, L. & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *Journal of Advances Nursing*. 70(11): 2469-2482.

- Joint Commission on Accreditation of Assurance : JCAHO. (1989). *Managed Care Standards Manual*. Chicago, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Johnstone, J. N. (1981). *Indicators of education systems*. The United Kingdom: The Anchor Press Tiptree Essex.
- Katz, D. F. (1991). Human cervical mucus: research update. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 165(6 Pt 2). 1984-1986.
- Linstone, H. A. & Turoff, M. (1975). *The delphi method techniques and application*. Masshusette: Addison-Wesky Pulishing.
- Macmillan, T. T. (1971). The delphi technique. Paper Presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development. (May 1971). 3-5. California: Monterey.
- Malcolm, C. E., & Cumming, D. C. (2004). Follow – up fo infertile couples who dropped out a specialist fertility clinic. *Fertil Steril*. 81(2). 269-270.
- Moorhead G., & Griffin R. W. (2010). *Organizational behavior: Managing people and organizations*. (9th ed.). Arizona: Wisconsin Cengage Learning.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E., (2013). *Nursing outcomes classification (NOC)*. (5th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Salim, S., Asghar, M., Taneja, M., Hovatta, I., Chugh, G., Vollert, C., & Vu, A. (2011). Potential contribution of oxidative stress and inflammation to anxiety and Hypertension. *Brain Research*. 1404. 63-71.
- Shark, S. B., & Sharples, A. Y. (2001). An approach to consensus building using the Delphi technique: developing a learning resource in mental health. *Nurse Educ Today*. 21(5). 398-408.
- Speroff, L., & Fritz, M. A. (2005). *Clinical gynecology endocrinology and infertility*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott William &Wilkins.

- Somigliana, E., Vercellini, P., Daguati, R., Pasin, R., De Giorgi, O., Crosignani, P. G. (2007). Fibroids and female reproduction: A critical analysis of the evidence. *Human Reproduction Update*. 13(5). 465-476.
- Stamatellos, I., Apostolides, A., Stamatopoulos, P., & Bontis, J. (2008). Pregnancy rates after hysteroscopic polypectomy depending on the size or number of the polyps. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 277(5). 395-399.
- Stanford, J.B., White, G.L. & Hatasaka, H. (2002). Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence. *Obstetrics and Gynecology*. 100(6). 1333-1341.
- Tomlinson, M. J., Amissah-Arthur, J. B., Thompson, K. A., Kasraie, J. L., & Bentick, B. (1996). Prognostic indicators for intrauterine insemination (IUI): statistical model for IUI success. *Human Reproduction*. 11(9). 1892-1896.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaijaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF : A systemic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*. 13(1). 27-36.
- Vituri, D. W. & Évora, Y. D. (2014). Reliability of indicators of nursing care quality: testing interexaminer agreement and reliability. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 22(2). 234-40.
- Webster's New World Dictionary. (1998). *The new international webster's comprehensive dictionary of the English Language*. Naples, Florida: Trident Press International.
- Youn, J. S., Cha, S. H., Park, C. W., Yang, K. M., Kim, J. Y., Koong, M. K., Kang, I. S., Song, I. O., & Han, S.C. (2011). Predictive value of sperm motility characteristics assessed by computer-assisted sperm analysis in intrauterine insemination with superovulation in couples with unexplained infertility. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*. 38(1). 47-52.

Yusuf, L. (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 32(6). 1340-1343.

Zepiridis, L. I., Grimbizis, G. F. & Tarlatzis, B. C. (2016). Infertility and uterine fibroids. *Best practice & research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 34. 66-73.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. เรืออากาศเอกหญิง ดร.จิรวรรณ อินคุ่ม

การศึกษา	ประกาศนียบัตรวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรวิมล ชื่นใจเรือง

การศึกษา	ประกาศนียบัตรวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิธร เจริญวุฒิพงศ์

การศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (Health Research and Management) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง	การศึกษาดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษากภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเอกชน
นักวิจัย	นางสาวคุณฉวี น้อยดี
สังกัดหน่วยงาน	นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
เลขที่รับรอง	E. 014/2562

โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โดยได้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์แบบเร่งรัดเรียบร้อยแล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 18 มีนาคม 2562

(ดร.ชูเกียรติ จากใจจน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

เมตตากรูณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่)
เอกสารรับรองโครงการ

หมายเลข 2019-030

ชื่อโครงการภาษาไทย : การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษามะเร็งการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเอกชน
ผู้วิจัยหลัก: พว. ศุภฎี น้อยดี
หน่วยงานที่สังกัด: ศูนย์ผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลบีเอ็นเอช
รหัสโครงการ: BMC IRB 2019-03-013
สถานที่ทำวิจัย: โรงพยาบาลบีเอ็นเอช

List of Approved documents

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการ IRB , Version 3 dated 22 พฤษภาคม 2562
2. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย, Version 3 dated 22 พฤษภาคม 2562
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย, Version 3 dated 22 พฤษภาคม 2562
4. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย Version 3 dated 22 พฤษภาคม 2562

วันที่ประชุม : วันที่ 6 มีนาคม 2562
วันที่รับรอง : วันที่ 17 มิถุนายน 2562
วันหมดอายุ : วันที่ 16 มิถุนายน 2563

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกรุงเทพ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOM Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมบูรณ์ คุณาศิคม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

19 June 2019

วันที่

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ
2. เอกสารชุดที่ 1 โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เรื่องการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
3. เอกสารชุดที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 1

ดิฉัน นางสาวศุภฤกษ์ น้อยดี นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์” โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจาก ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่สอดคล้อง โดยมีขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ โดยรอบที่ 1 ผู้วิจัยจะขอความกรุณานัดสัมภาษณ์ตาม วัน เวลา ที่ท่านสะดวก ในรอบต่อไป การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาเฉลี่ยน้อยลงกว่าเดิม เนื่องจากเป็นการให้นำหนักของข้อความตามความคิดเห็น โดยความคิดเห็นของท่านจะใช้เป็นข้อมูลในการ พิจารณาร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้จัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การวิจัยให้ท่านได้พิจารณา เพื่อเป็นข้อมูลเข้าร่วมวิจัย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับกรุณาและ ความช่วยเหลือจากท่านในการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 รอบ

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์เป็นอย่างสูง

นางสาวศุภฤกษ์ น้อยดี

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย รอบที่ 1

เรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก
ด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล
ผู้รับบริการหญิงที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

1. ชื่อ-นามสกุล.....
2. ตำแหน่ง.....
3. ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี
4. ประสบการณ์ในการทำงานแผนกผู้มีบุตรยากหรือด้านวิชาการแผนกผู้ป่วยนอก และหรือด้าน
วิชาการเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพ.....ปี
5. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
6. วุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี – ปัจจุบัน

.....

7. ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

.....

ส่วนที่ 2 : แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นรอบที่ 1

เป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ คำถามที่ใช้มีดังนี้

1. จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษา ภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีกี่ด้าน อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญ พันธุ์ ควรประกอบด้วยรายละเอียดที่เป็นตัวชี้วัดย่อย อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เรียน

ดิฉัน นางสาวศุภฎี น้อยดี นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์” โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจาก ผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่สอดคล้อง โดยมีขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ โดยรอบที่ 2 ผู้วิจัยจะขอความกรุณาสัมภาษณ์ตาม วัน เวลา ที่ท่านสะดวก ในรอบต่อไป การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาน้อยกว่าเดิม เนื่องจากเป็นการให้นำหน้าของข้อความตามความคิดเห็น โดยความคิดเห็นของท่านจะใช้เป็นข้อมูลในการ พิจารณาร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้จัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การวิจัยให้ท่านได้พิจารณา เพื่อเป็นข้อมูลเข้าร่วมวิจัย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับกรุณาและ ความช่วยเหลือจากท่านในการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 รอบ



ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์เป็นอย่างสูง

นางสาวศุภฎี น้อยดี

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

แบบสอบถาม รอบที่ 2

เรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการจากการสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ และ/หรือผู้มีประสบการณ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จำนวน 23 คน ในรอบที่ 1 โดยข้อคำถามประกอบด้วยตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีทั้งหมด 4 ด้าน จำนวน 28 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. หน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก จำนวน 6 ตัวชี้วัด
2. หน้าที่ให้ความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ จำนวน 8 ตัวชี้วัด
3. หน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ จำนวน 6 ตัวชี้วัด
4. หน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา จำนวน 8 ตัวชี้วัด

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. ท่านมีความคิดเห็นที่ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีความสำคัญมากน้อยเพียงใด จากมีความสำคัญมากที่สุดถึงมีความสำคัญน้อยที่สุด (ระดับ 5-1) โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องของข้อความแต่ละข้อ ตามความคิดเห็นของท่าน หากท่าน มีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โปรดเติมข้อเสนอแนะด้านขวามือของแบบสอบถาม ทั้งนี้โปรดใช้ เกณฑ์พิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

หากท่านเห็นว่าในแต่ละข้อคำถาม ควรมีการเพิ่มเติมหรือมีข้อเสนอแนะ โปรดลงรายละเอียด ในช่องข้อเสนอแนะ

แบบสอบถามฉบับนี้ จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการกล่าว อ้างอิงถึงชื่อบุคคล และจะทำลายหลักฐานหลังเสร็จสิ้นการวิจัย รวมถึงขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ กรุณาตอบ

แบบสอบถามภายในเวลา 2 สัปดาห์หลังจากได้รับแบบสอบถาม เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยมีความตรงและความเที่ยง ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ จะได้ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์เป็นอย่างสูง

นางสาวศุภฎี น้อยดี

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



แบบสอบถามรอบที่ 2

ข้อ	การศึกษาคำชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ หญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วย เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
1.	คำชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแล และให้บริการทางคลินิก						
	1.1 รวบรวมข้อมูลและประวัติการรักษาในอดีตของ คู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก						
	1.2 ตรวจสอบขั้นพื้นฐานของคู่สมรสก่อนเข้าสู่ กระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยาก						
	1.3 สอนให้คำแนะนำในการบริหารยาในรูปแบบยา รับประทาน ยาฉีด และยาเหน็บทางช่องคลอด						
	1.4 ดูแลและประเมินคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก ก่อน ระหว่าง และภายหลังการทำหัตถการ เช่น กระบวน การเก็บไข่ การย้ายกลับตัวอ่อน และการเก็บน้ำเชื้อ						
	1.5 นัดเพื่อตรวจติดตามการกระตุ้นไข่ การฉีดเชื้อ เพื่อผสมเทียม การตรวจติดตามผลการตั้งครรภ์						
	1.6 รวบรวมและประเมินผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการให้ครบถ้วนก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา						
2.	คำชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลด้านให้ความรู้ และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ						
	2.1 การเตรียมตัวที่ต้องเผชิญหน้ากับการรักษาภาวะ มีบุตรยากซึ่งเต็มไปด้วยความคาดหวังของคู่สมรส และครอบครัว						
	2.2 ให้ข้อมูลขั้นตอนการรักษาตั้งแต่การตรวจ วินิจฉัย การตรวจติดตาม สถานที่และวันเวลาในการ ให้บริการ						
	2.3 ให้ความรู้คู่สมรสเข้าใจในกระบวนการรักษา ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษา ระหว่างการ รักษา รวมถึง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ใน ระหว่างการรักษา						

ข้อ	การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ หญิงที่รับการรักษภาวะการมีบุตรยากด้วย เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	2.4 ให้ความรู้ข้อมูลพื้นฐาน ในการเตรียมตัวเข้ารับ การรักษาต่าง ๆ เช่น การกระตุ้นไข่ การเก็บไข่ การ ปฏิสนธิ ภายนอกอกร่างกาย (IVF/ICSI) การเก็บน้ำ อสุจิหรือการพิจารณาการตรวจตัวอ่อนก่อนการฝัง ตัว เป็นต้น						
	2.5 ให้การดูแลและตรวจติดตามการตั้งครรภ์ เช่น การนัดตรวจติดตามผลการตั้งครรภ์ภายหลังการ ผสมเทียม หรือ ภายหลังการย้ายตัวอ่อนเข้าสู่โพรง มดลูก เป็นต้น						
	2.6 ให้ความรู้เรื่องการบริหารยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ตำแหน่งที่ใช้ในการบริหารยา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการ บริหารยา						
	2.7 ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องความเสี่ยงที่อาจเกิด ได้จากกระบวนการรักษา เช่น ภาวะรังไข่ถูกกระตุ้น มากเกินไป หรือโอกาสที่ไข่ตกก่อนเวลาที่เหมาะสม						
	2.8 การให้ความรู้และคำแนะนำจะต้องมี ความจำเพาะเจาะจงแต่ละรายบุคคล						
3.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ให้คำปรึกษา แก่ผู้รับบริการ						
	3.1 ให้คำปรึกษาทางด้านอารมณ์และจิตใจให้ เหมาะสมกับแต่ละบุคคล						
	3.2 หาสาเหตุของความวิตกกังวล เช่น ความกังวลใน การทำหัตถการต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับ จริยธรรม ความเชื่อทางศาสนา และการรักษา ความลับ เป็นต้น						
	3.3 ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจเมื่อ คู่สมรสอยู่ในภาวะวิตกกังวล						

ข้อ	การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ หญิงที่รับการรักษากะการมีบุตรยากด้วย เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	3.4 ให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการรักษายบนพื้นฐาน ความเป็นจริง เพื่อไม่ให้เกิดความคาดหวังที่สูง เกินไป						
	3.5 สนับสนุนให้คู่สมรสมีกำลังใจ มีความมั่นใจ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสในช่วง การรักษา						
	3.6 กระตุ้นให้คู่สมรสสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมี ความสุข โดยไม่หมกมุ่นกับการรักษากะการมีบุตร ยากเพียงอย่างเดียว						
4.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงาน ในกระบวนการรักษา						
	4.1 การเฝ้าระวังการใช้ยา เช่น ชนิดของยา ขนาด ของยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เป็นต้น						
	4.2 การกำหนดตารางการตรวจติดตาม เช่น การนัด ตรวจอัลตราซาวด์ การนัดวันเก็บไข่ เป็นต้น						
	4.3 บันทึกข้อมูลผลการรักษาและผลความสำเร็จ						
	4.4 สื่อสารถึงผลลัพธ์ของการรักษาให้ทีมได้ทราบ เพื่อนำไปปรับปรุงการรักษา						
	4.5 ปรับแก้ไขกระบวนการรักษาให้ทันสมัยและ สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น						
	4.6 จัดเตรียมเอกสารแสดงความยินยอมในการทำ หัตถการต่าง ๆ						
	4.7 ให้ข้อมูลแก่ทีมรักษาในคู่สมรสที่มีความ ต้องการเป็นพิเศษ						
	4.8 ปรับระยะเวลาเขียนให้สอดคล้องกับกระบวนการ รักษาอยู่เสมอ						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



เรื่อง ขอส่งแบบสอบถามเพื่อการวิจัยรอบที่ 3

เรียน

ดิฉัน นางสาวศุภฤดี น้อยดี นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษากภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์” โดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยาก เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่สอดคล้อง ซึ่งมีขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านแล้วในรอบที่ 1 ในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ซึ่งเป็นการให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษากภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในแต่ละด้าน โดยน้ำหนักนี้อาจการสัมภาษณ์รอบที่ 1 มาสร้างเป็นข้อคำถาม ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ประกอบด้วย 4 ด้าน รวม 25 ตัวชี้วัด

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ในการนี้ใคร่ขอความกรุณาผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะตามที่เห็นสมควร และเพื่อความตรงของการวิจัย ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบไม่ควรห่างกันมากนัก ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืนภายในวันที่..... เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของงานวิจัย

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์เป็นอย่างสูง

นางสาวศุภฤดี น้อยดี

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

เรื่อง

“การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก
ด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์”

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามในรอบที่ 3 นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้รับทราบความคิดเห็นของกลุ่ม และ ทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 โดยผู้วิจัยได้นำคะแนนทั้งหมด มาคำนวณ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) เพื่อแสดงความสอดคล้องกันของแต่ละ ข้อความของการตอบ พร้อมทั้งระบุคะแนนการตอบของท่านในรอบที่ 2 ไว้ด้วย ดังเครื่องหมายแสดง ต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (Median : MD) ใช้สัญลักษณ์ Δ
 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR) ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow
 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ที่ใช้มีความหมาย ดังนี้

น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 หมายความว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่อตัวชี้วัด ผลลัพธ์การ พยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มีความคิดเห็น สอดคล้องกัน

มากกว่า 1 หมายความว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีความคิดเห็น ไม่ สอดคล้องกัน

ค่าที่ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ X

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย (✓) เพื่อยืนยันคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงตาม ความเห็นของท่านให้ครบทุกข้อ ทั้งนี้โปรดใช้เกณฑ์ในการพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

ข้อ	การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษภาวะ การมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความสำคัญ					ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
1.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก								
	1.1 รวบรวมประวัติ รวมทั้งข้อมูลการรักษาในอดีตของกลุ่มสมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก	△ X ↔ ✓					5.00	1.00	

การแปลความหมายกรณีที่ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่ม

1) ค่ามัธยฐาน (MD) เท่ากับ 5 ค่าพิสัยควอไทล์ (IR) เท่ากับ 1 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก เรื่อง การรวบรวมประวัติ รวมทั้งข้อมูลการรักษาในอดีตของกลุ่มสมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก ในข้อนี้ มีความสำคัญมากที่สุด และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

2) ในคำตอบของท่านในรอบที่ 2 อยู่ในค่าพิสัยควอไทล์ (IR) หมายถึง ความคิดเห็นของท่าน สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนคำตอบแล้วท่านยืนยันความคิดเห็นเดิมคือ 5 โดยเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตพิสัยควอไทล์ ดังนั้นในกรณีนี้ท่านจึงไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

ข้อ	การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความสำคัญ					ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Ma	IR	
1.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ประสานงานในกระบวนการรักษา								
	4.5 ปรับแก้ไขกระบวนการรักษาให้ทันสมัยและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	△ ↔	X ✓				4	1.00	

การแปลความหมายกรณีที่มีความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่ม

1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในข้อ 4.5 ปรับแก้ไขกระบวนการรักษาให้ทันสมัยและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีค่ามัธยฐาน (MD) = 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 1 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ปรับแก้ไขกระบวนการรักษาให้ทันสมัยและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามข้อดังกล่าว เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่มีความสำคัญมาก และผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

2) คำตอบของท่านในรอบที่ 2 (X) อยู่นอกในค่าพิสัยควอไทล์ (IR) หมายถึง ความคิดเห็นของท่าน ไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนคำตอบแล้วซึ่งท่านยืนยันความคิดเห็นเดิมคือ 4 โดยเป็นคำตอบที่ อยู่นอกขอบเขตพิสัยควอไทล์ ดังนั้นในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านแสดงเหตุผลประกอบจึงไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

หมายเหตุ: กรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย (X) ในข้อความของท่านแสดงว่าท่านไม่ได้ตอบคำถามในรอบที่ผ่านมา

แบบสอบถามรอบที่ 3

ข้อ	การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ หญิงที่รับการรักษากวาทกรรมมีบุตรยาก ด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความสำคัญ					ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
1.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ในการ ดูแลและให้บริการบริการทางคลินิก								
	1.1 รวบรวมข้อมูลและประวัติการรักษาในอดีต ของกลุ่มสตรีที่มีภาวะมีบุตรยาก	Δ ↔ X					5	1.00	
	1.2 ตรวจสอบขั้นพื้นฐานของกลุ่มสตรีก่อน เข้าสู่กระบวนการรักษากวาทกรรมมีบุตรยาก	Δ ↔ X					5	1.00	
	1.3 สอนให้คำแนะนำในการบริหารยาใน รูปแบบยารับประทาน ยาฉีด และยาเหน็บทาง ช่องคลอด	Δ ↔ X					5	1.00	
	1.4 ดูแลและประเมินกลุ่มสตรีที่มีภาวะมีบุตรยาก ก่อน ระหว่าง และภายหลังการทำหัตถการ เช่น กระบวนการเก็บไข่ การย้ายกลับตัวอ่อน และ การเก็บน้ำเชื้อ	Δ ↔ X					5	1.00	
	1.5 นัดเพื่อตรวจติดตามการกระตุ้นไข่ การฉีด เชื้อเพื่อผสมเทียม การตรวจติดตามผลการ ตั้งครรภ์	Δ ↔ X					5	1.00	
	1.6 รวบรวมและประเมินผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการให้ครบถ้วนก่อนเข้าสู่กระบวนการ รักษา								
2.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านให้ความรู้และ ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ								
	2.1 การเตรียมตัวที่ต้องเผชิญหน้ากับการรักษา ภาวะมีบุตรยากซึ่งเต็มไปด้วยความคาดหวังของ คู่สมรสและครอบครัว		Δ ↔ X				4	1.00	

ข้อ	การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการ หญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก ด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	ระดับความสำคัญ					ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
	3.1 ให้คำปรึกษาทางด้านอารมณ์และจิตใจให้ เหมาะสมกับแต่ละบุคคล		Δ ↔ X				4	1.00	
	3.2 หาสาเหตุของความวิตกกังวล เช่น ความ กังวลในการทำหัตถการต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาที่ อาจเกี่ยวข้องกับจริยธรรม ความเชื่อทางศาสนา และการรักษาความลับ เป็นต้น	Δ ↔ X					5	1.00	
	3.3 ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจเมื่อ คู่สมรสอยู่ในภาวะวิตกกังวล		Δ ↔ X				4.26	1.00	
	3.4 ให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการรักษาบนพื้นฐาน ความเป็นจริง เพื่อไม่ให้เกิดความคาดหวังที่สูง เกินไป		Δ ↔ X				4.26	1.00	
	3.5 สนับสนุนให้คู่สมรสมีกำลังใจ มีความมั่นใจ เพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส ในช่วงการรักษา		Δ ↔ X				4	1.00	
	3.6 กระตุ้นให้คู่สมรสสามารถดำรงชีวิตได้อย่าง มีความสุข โดยไม่หมกมุ่นกับการรักษาภาวะมี บุตรยากเพียงอย่างเดียว	Δ ↔ X					5	1.00	
4.	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านหน้าที่ ประสานงานในกระบวนการรักษา								
	4.1 การเฝ้าระวังการใช้ยา เช่น ชนิดของยา ขนาดของยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ผลข้างเคียงของ ยาที่เกิดขึ้น เป็นต้น	Δ ↔ X					5	1.00	
	4.2 การกำหนดตารางการตรวจติดตาม เช่น การ นัดตรวจอัลตราซาวด์ การนัดวันเก็บไข่ เป็นต้น	Δ ↔ X					5	1.00	

ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม



รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม จำนวน 23 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ แพทย์เฉพาะทางด้านการมีบุตรยาก จำนวน 5 คน

- 1.1 นายแพทย์วิวรรณ ชินพิลาศ
- 1.2 แพทย์หญิงชโลมขวัญ ประยูรเวช
- 1.3 นายแพทย์พัฒน์ จงกลศิริ
- 1.4 แพทย์หญิงศศิวิมล ปรีชาพรกุล
- 1.5 นายแพทย์วิบูลย์ กมลพรวิจิตร

2. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้มารับบริการหญิงที่มีบุตรยากในโรงพยาบาล เอกชนเอกชน จำนวน 5 คน

- 2.1 นางสาวกนกวรรณ สุวรรณนำ
- 2.2 นางสาวคนันพร ราชพิทักษ์
- 2.3 นางสาวจิตราพัชญ์ ลภัสสมณีกิตติ์
- 2.4 นางสาวจิราพร รอดเกตุ
- 2.5 นางสาวศศิภา เหมประภา

3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในตัวชีวิตในหน่วยงานคุณภาพ จำนวน 5 คน

- 3.1 คุณเยี่ยมมนภา พลเยี่ยม
- 3.2 คุณอรทัย เพชรเทศ
- 3.3 คุณสุนนทิพย์ สามิภัก
- 3.4 คุณศิริรัตน์ ดุ้ยคำ
- 3.5 คุณปิยนุช คำกิ่ง

4. กลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีบุตรยาก จำนวน 5 คน

- 4.1 ร้อยตำรวจเอกหญิงปาริฉัตร หิริโอตปปะ
- 4.2 คุณเกษร ชัยประสิทธิ์
- 4.3 คุณปิยาณี ชินเชษฐ
- 4.4 คุณอัญชลิ วงสะวะนนท์กุล
- 4.5 คุณแจ่มจันทร์ ภูไทสง

5. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชีวิต 3 คน
 - 5.1 อาจารย์เรืออากาศเอกหญิง ดร. จีราวรรณ อินคุ้ม
 - 5.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง
 - 5.3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิธร เจริญวุฒิพงศ์



ภาคผนวก จ

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28(ว)006/2562

15 พฤษภาคม 2562

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน เรืออากาศเอกหญิง ดร.จิรวรรณ อินคุ้ม

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงร่างการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ชุด
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวดุษฎี น้อยดี นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับบริการรักษาการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว อยู่ระหว่างการตรวจเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่นักศึกษาได้พัฒนาขึ้น คือ "แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย รอบที่ 1"

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ สีบุญเรืองวัชชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ลพ

ผู้ประสานงาน : นางบิทรุมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116 **เมตตากรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น**
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28(ว)006/2562

15 พฤษภาคม 2562

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรวิณี ชื่นใจเรือง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงร่างการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ชุด
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวดุษฎี น้อยดี นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาดูชีวิตผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับบริการรักษาการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว อยู่ระหว่างการตรวจเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่นักศึกษาได้พัฒนาขึ้น คือ "แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย รอบที่ 1"

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ลบ

ผู้ประสานงาน : นางปัทมรัฐมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116 **ไมตรีจิตต์อยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น**
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ล.28/(ว)006/2562

15 พฤษภาคม 2562

เรียน เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิธร เจริญภูมิพงศ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงร่างการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ชุด
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวดุขฎิ น้อยดี นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์
การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับบริการรักษาการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเอกชน"
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว
อยู่ระหว่างการตรวจเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่นักศึกษาได้พัฒนาขึ้น คือ "แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย รอบที่ 1"

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญจิวชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ลบ

ผู้ประสานงาน : นางปัทมรัฐมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116 **เนรมิตการคุณอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น**

Ubi Caritas, Ibi Deus Est

ภาคผนวก ฉ

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28(ว)/008/2562

24 พฤษภาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบีเอ็นเอช

- | | | |
|------------------|-----------------------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. โครงการวิจัย | จำนวน 1 ฉบับ |
| | 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล | จำนวน 1 ฉบับ |
| | 3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วย นางสาวดุษฎี น้อยดี นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **"การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับบริการรักษาการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเอกชน"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน คือ 1) กลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านการมีบุตรยาก จำนวน 5 คน 2) กลุ่มหัวหน้าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีบุตรยาก จำนวน 5 คน 3) กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตัวชี้วัดในหน่วยงานคุณภาพ จำนวน 5 คน และ 4) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้รับบริการหญิงที่มีบุตรยากในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 คน โดยนักศึกษาเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเองกับฝ่ายการพยาบาล ด้วยการใช้เครื่องมือ **แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเอกชน"**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวดุษฎี น้อยดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

นับ

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116
โทรสาร 0 2675 5313

เมตตา กรุณา อยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28(ว)/008/2562

24 พฤษภาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชธนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ฉบับ
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวดุษฎี น้อยดี นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **"การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์
การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับบริการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเอกชน"**
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ
เดลฟาย (Delphi Technique) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน คือ 1) กลุ่มแพทย์เฉพาะทางด้านการมีบุตรยาก จำนวน 5 คน 2) กลุ่ม
หัวหน้าหรือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีบุตรยาก จำนวน 5 คน 3) กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตัวชี้วัดใน
หน่วยงานคุณภาพ จำนวน 5 คน และ 4) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้มารับบริการหญิงที่มีบุตรยากในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน
5 คน โดยนักศึกษาเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเองกับฝ่ายการพยาบาล ด้วยการใช้เครื่องมือ **"แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์
การพยาบาลผู้รับบริการหญิงที่รับบริการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลเอกชน"**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวดุษฎี น้อยดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว
ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญอวัชชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปบ

สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116
โทรสาร 0 2675 5313

เมตตา กรุณา อยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวคุณฉวี น้อยดี
วัน/เดือน/ปีเกิด	16 มกราคม 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดสุโขทัย
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลมิชชัน

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

2559 – ปัจจุบัน

หัวหน้าแผนกผู้มิบุตรยาก
โรงพยาบาล บี เอ็น เอช

