

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand



ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566

Vol. 10 No. 2 July-December 2023

ISSN 2985-1629 (Online)

College of Nursing
Christian University of Thailand





วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566

Vol. 10 No. 2 July-December 2023 ISSN 2958-1629 (Online)

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา :

1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ
2. รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ :

- | | | |
|---|--------------|--|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ | ลิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา | ภูไพบูลย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา | จิระแพทย์ | ข้าราชการเกษียณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช | บุญยัง | ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ | กัลมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร | ภูมนสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ | นิมิตรอนันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา | แดงด้อมยุทธ์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร | คำผลศิริ | สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร | พลรักรักษ์ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร | รุจนเวช | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก | ศรีทุมมา | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปราณี | แดงวงษ์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณณุช | พิมพ์ใจใส | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

ฝ่ายจัดการ นางสาวประภัสร์ศิริ สังกะหวัด



วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์บทความวิจัย (Research article) และบทความวิชาการ (Academic article)

1. สาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ประเภทของบทความ (Types of articles)

บทความวิจัย (Research Article) และบทความวิชาการ (Academic Article)

นโยบายการพิจารณาบทความ (Peer Review Policy)

1. บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการกองบรรณาธิการและผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตรงสาขาหรือเกี่ยวข้องกับสาขาไม่น้อยกว่า 3 ท่าน และกระบวนการประเมินคุณภาพนี้ ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบว่า ผู้แต่งเป็นใคร และผู้แต่งจะไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ประเมินบทความของตน แบบ Double-blinded peer review
2. มีนโยบายในการเปิดให้ผู้อ่านวารสารทุกคนเข้าถึงบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ได้ทันทีเมื่อวารสารแต่ละฉบับจัดทำเสร็จสมบูรณ์ เพื่อให้สาธารณชนได้ใช้ประโยชน์ และเป็นการเผยแพร่ความรู้ในวงกว้าง สืบค้นอ่านบทความวิจัยและบทความวิชาการฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารที่ https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/issue/view/132

จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)

จริยธรรมของบรรณาธิการ

1. พิจารณาและกลั่นกรองคุณภาพของบทความ และคัดเลือกบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารภายหลังจากผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
3. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ในทุกกรณี



4. รักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยอยู่เสมอ
5. จัดระบบการตรวจสอบการคัดลอกผลงานในบทความอย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับในแวดวงวิชาการ ได้แก่ โปรแกรม “อักขราวิสุทธิ์” และโปรแกรม “Copycatch”

จริยธรรมของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาเป็นผลงานของผู้เขียนและผู้เขียนร่วมที่มีชื่อปรากฏตามที่ระบุไว้จริง
2. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์เป็นผลงานใหม่ และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
3. ผู้เขียนต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำข้อความมาใช้ในผลงานของตนเอง รวมทั้งต้องจัดทำเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความ
4. หากเป็นบทความวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุแหล่งทุนสนับสนุนการทำวิจัยไว้ในบทความด้วย และต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)
5. บทความที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้เขียนต้องมีหลักฐานยืนยันว่า บทความดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองแล้วหรือผ่านการอนุญาตจากผู้เกี่ยวข้อง
6. ผู้เขียนต้องรับรองความถูกต้องของเนื้อหาและรับผิดชอบความคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความที่ได้รับการตีพิมพ์

จริยธรรมของผู้ประเมินบทความ

1. พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์โดยอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของตนเองภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว
2. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งตีพิมพ์หรือข้อมูลผู้เขียน แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
3. ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน
4. หากผู้ประเมินตรวจสอบบทความที่รับการประเมิน พบว่า เป็นบทความที่คัดลอกผลงานของผู้อื่น ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์

บทความวิจัยที่ส่งให้พิจารณาการตีพิมพ์ มีความเกี่ยวข้องการทำวิจัยในมนุษย์และสัตว์ ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากสถาบันที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคนและสัตว์ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และเป็นมาตรฐานจริยธรรมและกฎหมายสากลสำหรับการทดลองในสัตว์ทดลองต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการใช้สัตว์เพื่องานวิทยาศาสตร์ เช่นกัน และอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2558



กำหนดการออกวารสาร (Publication frequency)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : คณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 034-388-555 ต่อ 2204

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/issue/view/132

จัดรูปเล่ม : ฝ่ายเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กรและการตลาด มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer)

1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา	ประจุศิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์ ดร.กนิษฐา	จำรูญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี	ศรีมรกต	มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง	ธีระทองคำ	มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ	อารีเอื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา	ตะบูนพงศ์	ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
9. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
10. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี	ชีวะเกษมสุข	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
12. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีมณฑา	นิยมคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
13. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรัตน์	เจริญสันติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14. รองศาสตราจารย์ ดร.นงคราญ	วิเศษกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
15. รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช	ชูโต	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
16. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร	กฤษเจริญ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
17. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราภรณ์	อารีย์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
18. รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ	ทิพย์วาริรมย์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา	แดงด้อมยุทธ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร	บุญญโสพรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	พลรักษ์	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล	ปทุมรักษ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา	ต่อสกุลแก้ว	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนนท์	วรรณศิริ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
29. อาจารย์ ดร.กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
30. อาจารย์ ดร.อาคม	ใสงาม	Lab Director Cryoviva (Thailand) Ltd.
31. อาจารย์ ดร.ธนวรรณ	สินประเสริฐ	หัวหน้าแผนกตา โรงพยาบาลโพธาราม



สารบัญ

		หน้า
บทบรรณาธิการ Editor's Message		ฉ
บทความวิจัย		
❖ ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	รัชนิกร ไชหิณ Ratchaneekorn Kaihin	1-19
Effects of Empowerment on Infection Prevention Practices and Incidence of Infections among Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis		
❖ ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	ยุคนธ์ เมืองช้าง Yukon Muangchang	20-34
Effects of School Health Program on Dengue Hemorrhagic Fever Disease Preventive Behaviors in Secondary School Students		
❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด	นิตยา สินธุ์ภูมิ Nittaya Sinphum	35-50
The Development of a Mental Health Crisis Emergency Care Model in Atsamat Hospital, Roi Et Province		
❖ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในจังหวัดนครปฐม	สุภาพร เชยชิด Supapon Choeichit	51-65
Selected Factors Related to Snack Consumption Behavior of Students Grades 4-6 in Nakhon Pathom Province		
❖ การปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร	ดวงแข สุขศิลป์ Duangkhae Suksin	66-85
Peripheral Intravenous Fluids Administration Practices among Nurses in Samut Sakhon Hospital		



สารบัญ		หน้า
บทความวิชาการ		
❖ การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้ทีมเป็นฐาน Teaching and Learning Management in Nursing by Using Team-Based Learning	กัลยาลักษณ์ ไชยศิริ Kanyalak Chaisiri	86-100
❖ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ Nursing Care for Multiple Trauma: Comparative Case Study	สกุลวรรณ อร่ามเมือง Sakulwan Arammuang	101-115
❖ บทบาทพยาบาลกับการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่เพื่อป้องกัน และดูแลแผลกดทับ: การทบทวนวรรณกรรม Nurses' Roles in Using Petroleum Jelly for Prevention and Management of Pressure Sore: A Review of Literature	ศรินันท์ อ่อนพุทธา Sirinun Onputtha	116-128
❖ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้รอดชีวิตจาก โรคหลอดเลือดสมอง Health Behavior Preventing Recurrence Stroke in Stroke Survivors	กันยารัตน์ วิริยานนท์เกษม Kanyarat Wiriyanonkasem	129-142
❖ การเสริมพลังแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพในการรณรงค์ป้องกัน การสูบบุหรี่ในนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา: บทบาทพยาบาลชุมชน Empowering Student Health Leaders in Secondary School Smoking Prevention Campaign: The Role of a Community Nurse	วิชุดา กลิ่นหอม Wichuda Klinhom	143-154

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการประเมินให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 2 (TCI Tier 2) ของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 ขณะนี้ กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ฯ ได้พัฒนาวารสารอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายคุณภาพต่อไป คือ การอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 นี้ มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง/ผลของ โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น/การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด/ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน/การศึกษาวิธีปฏิบัติการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร รวมถึงบทความวิชาการเกี่ยวกับการจัดการ เรียนการสอนทางการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ บทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน และการดูแล สุขภาพของผู้ใช้บริการได้

ท้ายนี้ กองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาประเมินคุณภาพของบทความ วิจัยและบทความวิชาการ ก่อนการตีพิมพ์ทุกฉบับ และขอขอบคุณผู้เขียนที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียน ที่สนใจจะส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน สามารถศึกษาคำแนะนำได้จาก เว็บไซต์วารสารที่ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

บรรณาธิการ

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อ ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

รัชนิกร ไช่หิน*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง 66 คน เป็นกลุ่มทดลอง 33 คน ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบบสัน กลุ่มควบคุม 33 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .97 ค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .83 และแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ตรวจสอบความตรงกันของการวินิจฉัยการติดเชื้อได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และค่าที

ผลการวิจัย: หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ มากกว่าก่อน ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) และพบการติดเชื้อในกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง อัตราการติดเชื้อ 0.18 ครั้ง/ราย/ปี

สรุปและข้อเสนอแนะ: การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลง จึงควรนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง



Effects of Empowerment on Infection Prevention Practices and Incidence of Infections among Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Ratchaneekorn Kaihin*

Abstract

Purpose : This study aimed to investigate the impact of empowerment on infection prevention practices and infection rates among patients undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD).

Design : The is a quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design.

Method: The sample consisted of 66 CAPD patients, divided equally into an experimental group and a control group through simple random sampling. Gibson's empowerment concept was applied to the experimental group, while the control group received standard care. Research tools included an empowerment plan for CAPD patients, an infection prevention practices questionnaire (with a content validity of 0.97 and a reliability of 0.83 measured by Cronbach's alpha coefficient) and an infection surveillance form with an inter-rater reliability of 1. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests and t-tests.

Main findings: The study revealed that after the empowerment implementation, infection prevention practices significantly improved in the experimental group compared to before the intervention ($p<.000$), and this improvement was notably greater than that observed in the control group ($p<.000$). The control group experienced two infections, resulting in an infection rate of 0.18 per patient-year.

Conclusion and recommendations: This empowerment can enhance infection prevention practices among CAPD patients, leading to a reduction in infection incidence. These strategies should be considered for broader application to decrease infection rates among CAPD patients.

Keywords : Empowerment, Continuous ambulatory peritoneal dialysis

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 1-19

* Registered Nurse, Professional Level, Atsamat Hospital, Roi-et Province

Corresponding author, e-mail: ratchaneekorn531@gmail.com, Tel. 0637243344

Received: 16 August 2023, Revised: 21 September 2023, Accepted: 9 October 2023



ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานและไม่สามารถกลับมาทำงานได้เป็นปกติ (Baumgart et al., 2020) จึงเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563)

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับความนิยมในประเทศไทย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) โดยผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดฝังท่อล้างไตไว้ในช่องท้องร่วมกับการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4-6 ครั้ง จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งทางออกของสาย (Exit-site infection) และอาจลุกลามไปยังบริเวณแนวสายที่วางอยู่ในชั้นใต้ผิวหนังเกิดการติดเชื้อที่อุโมงค์ (Tunnel infection) นอกจากนี้การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตแต่ละครั้งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) ได้อีกด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) อุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่พบส่วนใหญ่เกิดจากขั้นตอนการล้างไตที่ไม่ทำความสะอาดมือ (Kofteridis et al., 2010) ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติตามขั้นตอนจนมีอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 60 (Mawar, Gupta & Mahajan, 2011) การศึกษาอุบัติการณ์ติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในจังหวัดร้อยเอ็ดพบปัญหาเช่นเดียวกันทั้งในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาด 120 เตียงขึ้นไป (ระดับ M2) ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อจากการล้างไตทาง

ช่องท้อง 0.38 ครั้ง/ราย/ปี (โรงพยาบาลโพหนอง, 2565) และโรงพยาบาลชุมชนรับผู้ป่วยระดับต้น (ระดับ F1-F3) พบอัตราการติดเชื้อ 0.26 ครั้ง/ราย/ปี (โรงพยาบาลอาจสามารถ, 2565) ซึ่งโรงพยาบาลระดับ F1-F3 ในจังหวัดร้อยเอ็ดร้อยละ 50 ไม่ได้เปิดศูนย์ไตเทียม การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต้องติดตามข้อมูลกับโรงพยาบาลที่ทำการรักษาและส่งต่อกลับมาล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน โดยที่โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีมาตรการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การติดเชื้อส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (Khairullah et al., 2002) ระยะเวลาอนรักษานในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Ghali et al., 2011) สาเหตุของการติดเชื้อเกิดได้ทั้งจากการที่ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Dong & Chen, 2010) การไม่เคร่งครัดในการทำ ความสะอาดร่างกายและอุปกรณ์ รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้รับคำแนะนำ (Kokubu et al., 2020) ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อ จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในความสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเป็นผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง และสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Anderson et al., 2009) ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับสภาวะการเจ็บป่วย ค้นพบปัญหาและแนวทางในการดูแลตนเอง มีการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดต่างๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเช่น การจัดการตนเอง การโค้ช โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ ได้แก่ การสอนสาธิต ให้คำแนะนำ เป็นต้น การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นอีกหนึ่งแนวคิดที่มุ่งเน้นให้บุคคลค้นพบปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอย่างยั่งยืน แม้มีความคับข้องใจ (Frustration) จากการเจ็บป่วยของตนเอง (Gibson, 1995) ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) นี้ มีการศึกษาที่นำไปใช้เป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและพบว่าได้ผลที่ทำให้การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p=0.001$) (แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุนหละกะ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2558) และระหว่างการศึกษาไม่พบการติดเชื้อในกลุ่มทดลอง แต่ในกลุ่มควบคุมเกิดการติดเชื้อ 2 ครั้ง อัตราการติดเชื้อ 0.46 ครั้ง/ราย/ปี นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) (ทัศนาศ นิลพัฒน์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิราพร บ้องเกิด และทัศนาศ ชูวรรณะปรกรณ์ (2559) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) ซึ่งการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าความดัน

โลหิต ความเข้มข้นของเลือด และระดับฮีโมโกลบินในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Moattari et al., 2012) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ลดการติดเชื้อได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเพื่อให้ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การติดเชื้อลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบ

1. คะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. คะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. อุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มควบคุม

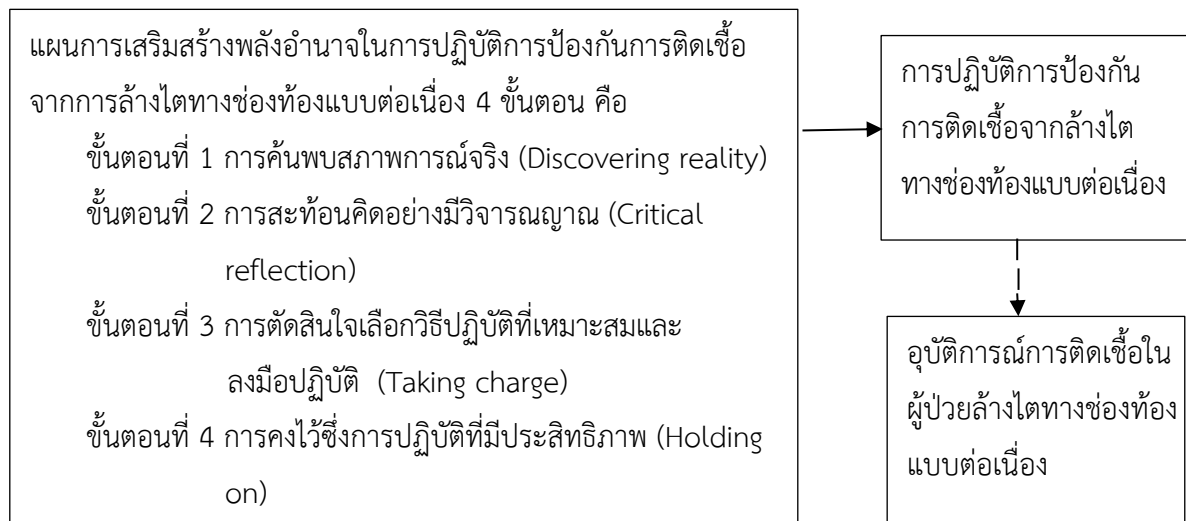
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง การวิจัยนี้จึงใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้พลังอำนาจในตนเอง สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้แม้มีความคับข้องใจจากการเจ็บป่วยของตนเอง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิดความรู้สึกตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดการยอมรับโดยให้ผู้ป่วยเล่าการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองที่ผ่านมาให้ผู้วิจัยฟัง เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสถานการณ์การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองได้มากขึ้น จนเกิดความรู้สึกยอมรับและพร้อมที่จะปรับตัว และการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและให้แหล่งข้อมูลที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองได้ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection) ใช้กลวิธี

การสะท้อนคิดและเผชิญปัญหา โดยผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์ปัญหาการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองเช่น “คุณคิดว่าการปฏิบัติที่ผ่านมาของคุณเป็นอย่างไร” “เพราะเหตุใดคุณถึงปฏิบัติตามที่เล่ามานั้น” ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ผ่านมา กับความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัยว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ให้ผู้ป่วยเสนอปัญหาการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเอง ให้ผู้ป่วยคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยผู้วิจัยเสนอทางเลือกตามองค์ความรู้ หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ และให้ผู้ป่วยพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ใช้กลวิธีการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวก และใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้แนวทาง รวมทั้งให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง และสามารถกำหนดเป้าหมายเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคลและการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จ และสามารถควบคุม

ให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องได้ เมื่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องผ่านกระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรับรู้พลังอำนาจและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ส่งผลให้ลดการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความต่อเนื่องกันและสลับกันไปมาได้ในแต่ละบุคคล ผู้วิจัย

จึงนำกระบวนการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2552) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-posttest design) พื้นที่ศึกษาคือ บ้านผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่อาศัยในจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังจากโรงพยาบาลอาจสามารถและโรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้ง

ชายและหญิง ที่เริ่มต้นล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเจาะจง (Purposive sampling) เลือกจังหวัดร้อยเอ็ดและสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากเพื่อเลือกโรงพยาบาล 1 แห่งเป็นกลุ่มทดลองและ 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยคือ เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน มีระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วย

ภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อจากการประเมินตามเกณฑ์ของ ISPD (International Society Peritoneal Dialysis) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และยินดีเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน และกำหนดเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยคือ มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยเช่น ภาวะเหนื่อย หอบจากหัวใจวายหรือปอดมีพยาธิสภาพ ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล และเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผน (Drop out)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Dawson & Trapp, 1994 อ้างถึงในอรุณจิรวรรณกุล, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือออกจากโครงการวิจัย (Polit & Hungler, 1999) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 ราย รวมทั้งหมด 66 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือของแพรวพรรณ โกสินทร อะเคื้อ อุนทเลชกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2558) ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การเริ่มวางสายล้างไต ชนิดของน้ำยาที่ผู้ป่วยใช้ในการล้างไตที่ใช้ในปัจจุบัน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ และประวัติการติดเชื้อ 2) แบบสอบถาม

การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ประกอบด้วย กิจกรรมการทำความสะอาดมือ การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย และการดูแลภาวะโภชนาการ จำนวน 35 ข้อ คำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติ และ 3) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่ได้พัฒนาตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อของ ISPD (2005) ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ และเลขทะเบียนโรงพยาบาล (HN) ส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และส่วนที่ 4 ผลการวินิจฉัยการติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ (แบบรายการณ) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือของแพรวพรรณ โกสินทร อะเคื้อ อุนทเลชกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2558) ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยนี้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ดังนี้

1.1 แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (แบบรายกรณี) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัย

1.2 แบบสอบถามในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index [CVI]) โดยใช้เกณฑ์ $CVI \geq .80$ (DeVellis, 2012) ซึ่งการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวม หรือ S-CVI/UA (Universal Agreement) ได้ค่าเท่ากับ .97 และ 2) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยเฉลี่ยหรือ S-CVI/Ave (Average Agreement) ได้ค่าเท่ากับ .98

1.3 แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้นำมาปรับปรุงให้

เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือที่นำไปหาค่าความเชื่อมั่นมี 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ตอบแบบสอบถาม แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (DeVellis, 2012) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

2.2 แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยโดยผู้วิจัยซึ่งจัดเป็นผู้ประเมินจากภายนอก (Outside-rater) กับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อ ดำเนินการใช้แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อพร้อมๆ กันในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลจำนวน 5 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลมาตรวจสอบความตรงกันของการวินิจฉัยการติดเชื้อ (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นการวินิจฉัยการติดเชื้อเท่ากับ 1

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองโดยแบ่งการดำเนินกิจกรรมเป็น 3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 6 โดยเริ่มจากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและมีการ

โทรศัพท์นัดหมายการเยี่ยมทำกิจกรรมที่บ้านของกลุ่มทดลอง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (วันที่ 1) อธิบายขั้นตอนของกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ และดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 1-3 ใช้เวลารวม 2 ชั่วโมง 20 นาที กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 1 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิดความรู้สึกตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดการยอมรับโดยให้ผู้ป่วยเล่าการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองที่ผ่านมาให้ผู้วิจัยฟัง เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสถานการณ์การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองได้มากขึ้น จนเกิดความรู้สึกยอมรับและพร้อมที่จะปรับตัว และการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและให้แหล่งข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหสุขภาพของตนเองได้ ขั้นตอนที่ 2 (ใช้เวลา 40 นาที) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยใช้กลวิธีการสะท้อนคิดและการเผชิญปัญหา โดยผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ปัญหาการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองเช่น “คุณคิดว่า การปฏิบัติที่ผ่านมาของคุณเป็นอย่างไร” “เพราะเหตุใด คุณถึงปฏิบัติตามที่เล่ามานั้น” ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ผ่านมา กับความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัยว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

ให้ผู้ป่วยเสนอปัญหาการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเอง ให้ผู้ป่วยคิดหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหา โดยผู้วิจัยเสนอทางเลือกตามองค์ความรู้ หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ และให้ผู้ป่วยพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ และ ขั้นตอนที่ 3 (ใช้เวลา 40 นาที) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตนเอง ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ ผู้วิจัยแนะนำแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เครือข่ายด้านสุขภาพ หลังดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 1-3 ระยะเวลาสัปดาห์ที่ 1-3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามอาการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 10 นาที) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยสอบถามอาการทั่วไปและชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมให้ผู้ป่วยทราบ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ จะให้ผู้ป่วยเสนอแนะทางเลือกอีกครั้ง และผู้วิจัยให้คำแนะนำ ประเมินผลย้อนกลับทางบวก ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมสำหรับผู้ที่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดและประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรณีผู้ป่วยไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยให้กำลังใจ

และสนับสนุนให้นำไปปฏิบัติอีกครั้งหากมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถโทรศัพท์ติดต่อขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 4 ระยะเวลาสัปดาห์ที่ 4-15 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทุกคนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามอาการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำให้กำลังใจและสนับสนุนข้อมูล และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 16) ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประเมินการปฏิบัติตามพันธสัญญา ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับอาการทั่วไป ติดตามสอบถามการปฏิบัติตามพันธสัญญา ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปและประเมินผลการเข้าร่วมโครงการ โดยให้ผู้ป่วยกล่าวถึงสิ่งที่ประทับใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นประเมินผลหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยให้ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อฯ และติดตามอุบัติการณ์การติดเชื้อฯ

ทั้งนี้จากกิจกรรมทั้ง 3 ครั้ง ทำให้ได้รับรู้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจผู้ป่วยและนำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 1 (ในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัด) แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ อธิบายขั้นตอนของกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อฯ ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการกลุ่มควบคุมปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรตามโปรแกรมปกติคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่โรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาดำเนินระยะเวลา 30 นาที และประเมินผลหลังดำเนินโครงการในสัปดาห์ที่ 16 และหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน แบบรายกรณีเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 6)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE0232566 ลงวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ.2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมและภายหลังจากการเก็บข้อมูลครบถ้วนได้ทำการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่มควบคุมเพื่อให้สามารถปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อฯ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี

ประสิทธิภาพ โดยดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า มีการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Independent sample t-test รวมทั้งเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยคำนวณหาอัตราการติดเชื้อแสดงเป็นครั้ง/ราย/ปี โดยใช้สูตรการคำนวณของ ISPD (2005) จำนวนครั้งการติดเชื้อคูณ 12 หาด้วยระยะเวลา (เป็นเดือน) ของผู้ป่วยทั้งหมดรวมกัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 56.24 ปี กลุ่มควบคุม 56.78 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเกือบเท่ากัน โดยเป็นเพศชายร้อยละ 51.50 และเพศหญิงร้อยละ 48.50 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่เท่ากันร้อยละ 78.80 กลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.80 และ 81.80 ตามลำดับและส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/เลี้ยงสัตว์) ร้อยละ 69.70 และ 84.80 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.90 และ 100.00 ตามลำดับ เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 36.40 และ 35.70 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 97.00 และ 93.90 ตามลำดับ ระยะเวลาการล้างไต 3-4 ปี ร้อยละ 42.4 และ 39.50 ตามลำดับ ใช้น้ำยาล้างไตชนิด 1.5% เด็กโตสร้อยละ 60.60 และ 51.50 ตามลำดับ ทั้งหมดได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเท่ากัน ร้อยละ 100.00 เคยได้รับความรู้ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 69.70 และ 54.50 ตามลำดับ ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ให้บริการร้อยละ 63.60 และ 57.60 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เคยติดเชื้อถึงปัจจุบัน 1-2 ปี ร้อยละ 60.00 และ 75.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ผลการรักษาเมื่อติดเชื้อคือมีอาการดีขึ้นไม่ต้องวางสายล้างไตใหม่ ร้อยละ 93.30 และ 93.80 ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 149.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=10.58) จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน และหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 162.15 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.57) ซึ่งมากกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อก่อนการเสริมสร้างพลัง

อำนาจ 147.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 6.88) จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน และหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 147.21 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.94) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=.184$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=66$)

ช่วงระยะเวลา ที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง ($n=33$)				กลุ่มควบคุม ($n=33$)			
	M	SD	Paired t-test		M	SD	Paired t-test	
			t	p-value			t	p-value
ก่อนทดลอง	149.09	10.58			147.39	6.88		
หลังทดลอง	162.15	6.59	8.964	.000	147.21	6.94	1.352	.184

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า ระยะก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ 149.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=10.58) จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 147.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.88) ซึ่งไม่มีความ

แตกต่างกันทางสถิติ ($p=.221$) และระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ 162.15 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.57) จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 147.21 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=66$)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	M	SD	Independent t-test		M	SD	Independent t-test	
			t	p-value			t	p-value
กลุ่มทดลอง ($n=33$)	149.09	10.58			162.15	6.57		
กลุ่มควบคุม ($n=33$)	147.39	6.88	-.772	.221	147.21	6.93	-8.972	.000

หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ คะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายด้านของกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ด้านการทำความสะอาดมือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 20 และ 18.33 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .00 และ 2.07) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) ด้านการป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 90.84 และ 86.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.05 และ 5.15) จากคะแนนเต็ม 95 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านการสังเกตอาการ

ผิดปกติกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 19.66 และ 19.78 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14 และ 0.55) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .291$) ด้านการดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 17.27 และ 16.81 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.31 และ 2.82) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .238$) และด้านการดูแลภาวะโภชนาการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 14.36 และ 14.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25 และ 2.15) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .328$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายด้านของกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=66$)

การปฏิบัติ	คะแนน	กลุ่มทดลอง ($n=33$)		กลุ่มควบคุม ($n=33$)		Independent p-value	
	เต็ม	M	SD	M	SD	t-test	
- ด้านการทำความสะอาดมือ	20	20.00	0.00	18.33	2.07	4.588	.000
- ด้านการป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต	95	90.84	4.05	86.60	5.42	3.603	.001
- ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ	20	19.66	1.14	19.78	0.55	.552	.291
- ด้านการดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย	20	17.27	2.31	16.81	2.82	.716	.238
- ด้านการดูแลภาวะโภชนาการ	20	14.36	2.25	14.60	2.15	.448	.328

ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในช่วงเวลาที่ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีระยะเวลาล้างไตรวมกัน 132 เดือน ไม่พบ

เกิดการติดเชื้อ ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาล้างไตรวมกัน 127 เดือน เกิดการติดเชื้อ 2 ครั้ง อุบัติการณ์การติดเชื้อ 0.18 ครั้ง/ราย/ปี



การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว อีกทั้งปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วย (สำราณ พลเทศา สุรินทร์ นกทอง และวัลลภา ช่างเจรจา, 2561) และการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันด้วย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยลำไ้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจมากกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจและก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=.184$) (ตารางที่ 1) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า ระยะก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p=.221$) แต่ระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นไป

ตามสมมุติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) เมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้รับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้ จึงทำให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อฯ มากขึ้น ดังการศึกษาที่ผ่านมา (แพรวพรรณ โกสินทร อะเคื้อ อุนหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2558; รุจิราพร ป้องเกิด และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, 2559) พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการลำ้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมากขึ้น และกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ มากกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน

สำหรับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการลำ้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายด้านกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ (ตารางที่ 3) พบว่าหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการทำความสะอาดมือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) จากการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองหลังจากการเข้าร่วมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วเห็นความสำคัญในกิจกรรมการทำความสะอาดมือ ดังคำกล่าว “ตอนแรกผมคิดว่าไม่ล้างมือบ้างบางครั้งคงไม่เป็นอะไร แต่ถ้าตามที่คุณหมอแนะนำผมว่ามันสำคัญ ผมจะล้างเพิ่มขึ้นเอาตั้งแต่ตอนเตรียมอุปกรณ์เลยครับ” ซึ่งการทำความสะอาดมือเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ เนื่องจากการติดเชื้อส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเชื้อโรคที่อยู่บนมือของผู้ป่วย (Kofteridis et al., 2010) ซึ่งการติดเชื้อมักเกิดจากการปนเปื้อนจากการสัมผัส ดังนั้น

ผู้ป่วยจึงต้องทำความสะอาดมือให้ถูกต้องครบตามขั้นตอน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคบนมือในระหว่างการปฏิบัติกรล้างไต

ด้านการป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไม่ทำความสะอาดห้องล้างไต และไม่แยกห้องเป็นสัดส่วน มีการนำของใช้และถุงน้ำยาล้างไตเข้าไปเก็บในห้องล้างไต โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลดังกล่าวว่า “ยายไม่มีที่เก็บของนะคุณหมอ ถ้าเอาไปไว้ข้างนอกก็ไม่สะดวกในการหยิบใช้” หลังเข้าร่วมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ยายก็ไม่รู้ว่าการแยกห้องเป็นสัดส่วนเป็นส่วนมันสำคัญ ก็ให้ลูกหลานช่วยยกออกมาแล้ว ยายให้ลูกช่วยทำความสะอาดเช็ดผ้าหมาดๆตามที่คุณหมอบอก ก็สะอาดขึ้นเยอะค่ะ” ซึ่งในขั้นตอนการล้างไตจะต้องใช้สถานที่ที่สะอาด แยกเป็นสัดส่วน แต่พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่มีการแยกห้องที่ชัดเจน บางรายเปิดหน้าต่างเพื่อให้มีอากาศถ่ายเท (แพรวพรรณ โกสินทร อะเคื่อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2558) การศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตไม่เกิดติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง แต่ผู้ป่วยที่ละเลยการปฏิบัติตามขั้นตอนมีอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 60 (Mawar, Gupta, & Mahajan, 2011) ซึ่งในการศึกษารั้งนี้หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มควบคุมมีการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองเช่นเดียวกัน ที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือ พบผู้ป่วยทั้งถุงล้างไตไม่ถูกต้องเช่น ทั้งในห้องล้างไต บริเวณข้างห้องส้วม หรือกองไว้บริเวณข้างบ้านเพื่อรอผู้มารับซื้อสายและถุงน้ำยาล้างไต ประเด็นดังกล่าวส่งผลให้มี

ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่มีการจัดการไม่ถูกต้องตามมาตรฐานเป็นจำนวนมาก

กิจกรรมรายด้านต่อไปนี้ไม่มีความแตกต่างทางสถิติได้แก่ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ($p = .291$) ดังการศึกษาของแพรวพรรณ โกสินทร อะเคื่อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2558) ที่พบว่า หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจคะแนนการปฏิบัติด้านการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p = .299$) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทุกสถานพยาบาลได้ใช้แนวทางการปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2552) แนวทางเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติเป็นการติดตามอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงความผิดปกติได้อย่างรวดเร็วและสามารถให้การแก้ไขอย่างทันท่วงที ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องสังเกตและบันทึกรายละเอียดทั้งหมด สำหรับด้านการดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย ($p = .238$) ทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติด้านการสังเกตลักษณะสีของสิ่งคัดหลั่งขณะล้างแผลทางสายออกทุกวัน เพราะเป็นการดูแลความสะอาดแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสายร่วมกับสังเกตอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้ออาการผิดปกติอื่นที่ต้องแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อให้การรักษาทันท่วงที เป็นไปตามประเด็นการสอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลที่เข้ารับบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) และด้านการดูแลภาวะโภชนาการ ($p = .328$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการดูแลภาวะโภชนาการในการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่สามารถรับประทาน

ชาวได้วันละ 4-6 ฟอง เนื่องจากการรับประทาน อาหารแบบซ้ำๆ จึงเกิดความเบื่อหน่าย ดังคำกล่าวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง “มันกินไม่ไหวหรือคุณหมอ ตอนแรกๆ ก็กินได้ แต่ตอนนี้กินไม่ไหว มันเบื่อมากๆ เลยครับ ผมเลยไม่กินเท่าไร” อย่างมากก็วันละหนึ่ง ฟองสอง ฟอง เท่านั้นแหละครับ” และคำกล่าวของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม “มันกินไม่ได้หรือคุณหมอ เดี่ยวก็ดื่ม เดี่ยวก็ทอด แกงอ่อมบ้าง ข้าวใส่ผักบ้าง ก็ทำหมดแล้ว ลูกสาวทำให้ทุกเมนูแล้ว มันก็เบื่อเหมือนเดิม กินอย่างมกก็ได้แค่วันละฟองสองเท่านั้นค่ะ” ซึ่งไข้ ชาวเป็นโปรตีนที่ผู้ป่วยควรได้รับ 1.2 ถึง 1.3 กรัม/กก. น้ำหนักอุดมคติ/วัน หรือ 4-6 ฟอง/วัน หรือและใน ภาวะที่มีการติดเชื้อทางเยื่อช่องท้อง (peritonitis) อาจต้องการปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.5 ถึง 1.7 กรัม/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน (สมาคมผู้ให้อาหาร ทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563)

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อใน ผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่องในระยะหลัง การเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า หลังการเสริมสร้างพลัง อำนาจกลุ่มทดลองไม่เกิดการติดเชื้อ ในขณะที่กลุ่ม ควบคุมเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง 2 ครั้ง อุบัติการณ์การติดเชื้อ 0.18 ครั้ง/ราย/ปี ซึ่งใกล้เคียง กับการศึกษาของแพรวพรรณ โกสินทร อะเคื้อ อุมพลเกษ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2558) ที่ไม่พบการติดเชื้อ ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม แต่พบการติดเชื้อ ในกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ครั้ง โดยมีอัตราการติดเชื้อ 0.46 ครั้ง/ราย/ปี จึงเห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอน จะทำ ให้ผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิด

ความรู้สึกตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิด การยอมรับและพร้อมที่จะปรับตัว ผู้ป่วยสามารถคิด ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ปัญหาการปฏิบัติการ ป้องกันการติดเชื้อของตนเอง และทำให้ผู้ป่วย พิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สามารถนำไป ปฏิบัติได้ จนเกิดการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ จนเกิดการคงไว้ซึ่งการ ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995) จึงส่งผลให้ การติดเชื้อจากการลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่อง ลดลง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่อง ท้องแบบต่อเนื่องควรนำผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ได้พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ร่วมกับการ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการลำไส้ใหญ่ ช่องท้องได้อย่างต่อเนื่อง

2. แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัย ครั้งนี้ใช้กิจกรรมแบบรายกรณี จึงมีความเหมาะสม กับบริบทการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่อง ท้องที่ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมลำไส้ที่บ้าน วันละ 4-6 ครั้ง ดังนั้นการนำผลการเสริมสร้างพลัง อำนาจในรูปแบบรายกรณีดังกล่าวสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังอื่น ที่ จำเป็นต้องปฏิบัติและควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถ ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อการสังเกต อาการผิดปกติ การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออก

ของสายและการดูแลภาวะโภชนาการ ในผู้ป่วยล้างไต
ทางช่องท้องให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ในผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อการ

ปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่อง
ท้องแบบต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยล้างไตส่วนใหญ่เป็น

กลุ่มสูงอายุควรมีผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนาศ นิลพัฒน์. (2558). ผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลสุราษฎร์.
วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 29(4), 557-569.
- แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล. (2558). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.
พยาบาลสาร, 42(พิเศษ), 1-12.
- รุจิราพร ป้องเกิด และทัศนาศ ชูวรรณะปกรณ์. (2559). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารเกื้อ
การณย์, 23(2), 165-182.
- โรงพยาบาลโพหนอง. (2565). รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.
- โรงพยาบาลอาจสามารถ. (2565). รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.
- วาสนา สอนพุ่ม. (2564). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง อำเภอ
สอง จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 29(1), 91-100.
- สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563).
คำแนะนำแนวทางเวชปฏิบัติโภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 ปรับปรุงครั้งที่ 1 2563.
<https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/-2561.pdf>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *Thailand Renal Replacement Therapy: Years 2020*.
<https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน.
http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/kidney/knowledge/manual3.pdf
- สำราณ พลเดช, สุนันท์ นกทอง, และวัลลภา ช่างเจรจา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในเยื่อช่อง
ท้องในผู้ป่วยล้างไตในช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา,
1(3), 3-10.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2553). ชีวสถิติ (พิมพ์ครั้งที่ 4). คลังนานาวิทยาคม.



- Anderson, M., Elam, G., Solarin, I., Gerver, S., Fenton, K., & Easterbrook, P. (2009). Coping with HIV: Caribbean people in the United Kingdom. *Qualitative Health Research*, 19(8), 1060-1075. <https://doi.org/10.1177/1049732309341191>
- Baumgart A., Manera K. E., Johnson, D. W., Craig, J. C., Shen, J. I., Wang, A. Y-M., Yip, T., Fung, S. KS., Tong, M., Lee, A., Cho, Y., Vieceili, A. K., Sautenet, B., Teixeira-Pinto, A., Brown, E. A., Brunier, G., Dong, J., Scholes-Robertson, N., Dunning, T., ...Tong, A. (2020). Meaning of empowerment in peritoneal dialysis: Focus groups with patients and caregivers. *Nephrology Dialysis Transplant Journal*, 35(11), 1949-1958. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa127>
- DeVillis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and application* (2nd ed.). CA: Sage.
- Dong, J., & Chen , Y. (2010). Impact of the bag exchange procedure on risk of peritonitis. *Peritoneal Dialysis International*. 30(4), 440-447. <https://doi.org/10.3747/pdi.2009.00117>
- Ghali, J. R., Bannister, K. M., Brown, F. G., Rosman, J. B., Wiggins, K. J., Johnson, D. W., & Mcdonald, S.P. (2011). Microbiology and outcomes of peritonitis in Australian peritoneal dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International*, 31(6), 651-662. <https://doi.org/10.3747/pdi.2010.00131>
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>
- International Society Peritoneal Dialysis. (2005). Peritoneal dialysis-related infections recommendation: 2005 update. *Peritoneal Dialysis International*, 25, 107-131.
- Khairullah, Q., Provenzano, R., Tayeb, J., Anmad, A., Balakrishnan, R., & Morrison, L. (2002). Comparison of vancomycin versus cefazolin as initial therapy for peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International*. 22, 339-344.
- Kofteridis, D. P., Valachis, A. Perakis, K., Maraki, S., Daphnis, E., & Samonis, G. (2010). Peritoneal dialysis-associated peritonitis: Clinical features and predictors of outcome. *International Journal of Infectious Diseases*, 14(6), 489-493. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.07.016>
- Kokubu M, Matsui M, Uemura T, Morimoto K, Eriguchi M, Samejima K, et al. (2020). Relationship between initial peritoneal dialysis modality and risk of peritonitis. *Scientific Reports*, 10(1), 1-6. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75918-5>
- Mawar, S., Gupta, S., & Mahajan, S. (2011). Non-compliance to the continuous ambulatory peritoneal dialysis procedure increases the risk of peritonitis. *International Urology and Nephrology*. 44, 1243-1249.

- Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharfi, N., & Rouzbeh, J. (2012). The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-115>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and methods* (6th ed.). Lippincot.

ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ยุคนธ์ เมืองช้าง*, จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ*, จารุวรรณ สอนองญาติ*, ศิริธิดา ศรีพิทักษ์*, อุษณีย์ยาภรณ์ จันทระ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 38 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1.1) การสอนสุขศึกษา 1.2) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและที่บ้าน 1.3) การบริการสุขภาพ 1.4) ความร่วมมือของโรงเรียนและครอบครัว และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.93 และ 0.92 ตามลำดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นเป็นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการทดลองของนักเรียนกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลสุขภาพปกติในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

สรุปและข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมไปใช้ในการป้องกันไข้เลือดออกในนักเรียนกลุ่มอื่น

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก, โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น



Effects of School Health Program on Dengue Hemorrhagic Fever Disease Preventive Behaviors in Secondary School Students

Yukon Muangchang*, Charoonluk Pongcharoen*, Jaruwan Sanongyard*, Siritida Sripituk*, Ausaniyaphon Chantorn*

Abstract

Purpose: The purpose of this research was to study the effects of the school health program on dengue hemorrhagic fever disease preventive behaviors among secondary school students.

Design: The quasi-experimental research with two-group pretest- posttest .

Method: The sample group consisted of 76 students in secondary school which was divided into 38 students of experimental group, and 38 students of control group. The experimental group received the school health program for dengue hemorrhagic fever disease prevention in the school, while the control group received usual health care. The samples were selected by simple random sampling method. The research instruments consisted of 2 parts: 1) The experimental instrument included the school health program for preventing dengue hemorrhagic fever disease which consisting of 4 activities as follows: 1.1) Teaching health education 1.2) Managing school and home environment 1.3) Providing health service 1.4) Cooperation of schools and families, and 2) The tool used for data collection was the dengue hemorrhagic fever disease preventive behaviors questionnaire which had been examined by the experts. Content validity index (CVI), Index of item-objective congruence (IOC) was 0.93, 0.92 respectively, and the reliability with cronbach's alpha coefficient was 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Main findings: The mean scores of the dengue hemorrhagic fever disease preventive behaviors among the experimental group were higher than those before the experiment ($p < .01$). The mean scores of the dengue hemorrhagic fever disease preventive behaviors among the experimental group were also higher than those of the control group ($p < .01$).

Conclusion and recommendations: The school health program should be used for the dengue fever disease prevention in other student groups.

Keywords: School health program, Dengue hemorrhagic fever disease preventive behaviors, Secondary school students

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 20-34

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Department of Nursing, Praboromarajchanok

Corresponding author, email: charoonlux@snc.ac.th, Tel.089-5329552

Received: 7 August 2023, Revised: 10 November 2023, Accepted: 6 December 2023

ความสำคัญปัญหาของการวิจัย

ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever: DHF) เป็นโรคติดต่อที่เป็นอันตรายร้ายแรง ทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว เป็นปัญหาสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านการแพทย์ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) มีพาหะนำโรคที่สำคัญเป็นยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ยุงชนิดนี้มีขนาดเล็ก สีดำ มีลายขาวที่ขา ท้องและลำตัว ทำให้เห็นเป็นปล้องสีขาวสลับดำ และมีหางขาวอยู่ทางด้านหลัง ซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านและรอบๆ บ้าน เพาะพันธุ์ในน้ำนิ่ง ใส ค่อนข้างสะอาด แหล่งเพาะพันธุ์ที่สำคัญ ได้แก่ เครื่องใช้ที่มีน้ำขังทิ้งไว้เป็นเวลานาน เช่น จานรองขาตู้กับข้าว กระถาง หรือแจกันที่ใช้เลี้ยงไม้ใบต่างๆ หรือโอ่งน้ำที่ใช้ปลูกบัว ตุ่ม ไห หม้อ ขวด กระป๋อง กะลา ยางรถยนต์ และสิ่งอื่นๆ เพราะยุงลายเพศเมียจะแพร่กระจายเชื้อโดยไปกัดกินเลือดผู้ที่ป่วยเป็นไข้เลือดออก ทำให้ติดเชื้อไวรัสเดงกีและถ่ายทอดเชื้อไปสู่บุคคลในพื้นที่ใกล้เคียงโดยใช้ระยะฟักตัวในยุง 8-12 วัน ระยะฟักตัวของเชื้อไวรัสในตัวคนประมาณ 3-14 วัน (เฉลี่ย 4-7 วัน) จึงจะแสดงอาการแต่บางรายอาจไม่แสดงอาการแต่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ (กรมควบคุมโรค, 2565) ไข้เลือดออกมีอาการของโรคที่สำคัญและเป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ คือ 1) ไข้สูงต่อเนื่องนาน 2-7 วัน 2) เลือดออกซึ่งส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง 3) ตับโตกดเจ็บ และ 4) มีภาวะไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจนเกิดภาวะช็อกได้ การดำเนินของโรคมี 3 ระยะ เรียงตามลำดับการเกิด คือ 1) ระยะไข้ มักมีไข้สูงเกิน 38.5°C 2) ระยะวิกฤตหรือช็อก มีอาการรุนแรงจนอาจทำให้เสียชีวิตจากภาวะการไหลเวียนล้มเหลวซึ่งจะเกิดพร้อมๆ กับไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ค่าความต่างของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก (Pulse

pressure) แดงเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะพบมากในวันที่ 3-5 และจะช็อกประมาณ 24-48 ชั่วโมง และ 3) ระยะฟื้นตัว ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นใช้เวลา 2-3 วัน สัญญาณชีพจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ (ศิริเพ็ญ กัลยาณรจ มุกดา หวังวิรวงศ์ และวารุณี วัชรเสรี, 2559)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ในปัจจุบัน พบว่าในพ.ศ. 2562 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกมากกว่า พ.ศ. 2561 ณ ช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ 55 คิดเป็น 1.5 เท่า ผู้ป่วยเสียชีวิต 132 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 การกระจายการเกิดโรคส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 5-14 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด คือ 626.95 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย 43 ราย คิดเป็นผู้ป่วยตายร้อยละ 0.1 (กลุ่มโรคติดต่อนำโดยยุงลาย, 2562) ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับแนวคิดการปฏิบัติงาน โดยกำหนดเป็นนโยบายเชิงรุกและใช้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงสภาพของปัญหาในชุมชนของตน ดังนั้นการดำเนินงานที่สำคัญจึงต้องเน้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มากที่สุด เพื่อให้โรคไข้เลือดออกลดลงหรือหมดไปจากชุมชนอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง โดยเน้นให้ทุกคนถือว่าเป็นภารกิจของตนและเป็นความภาคภูมิใจในการพึ่งตนเอง (กรมควบคุมโรค, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาว เวียงคำ และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของแกนนำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาที่พบว่า ภายหลังแกนนำชุมชนร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้ดัชนีชี้วัดความชุกของลูกน้ำ

ยุ่งลายมีค่าร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุ่งลาย (House index) ในพื้นที่ที่ทำการสำรวจลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สำหรับภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคพบว่าการอยู่ในชุมชนที่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เพราะในพื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีหลายสายพันธุ์ (Serotype) ทำให้มีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง โดยพบว่าการติดเชื้อซ้ำด้วย DEN-2 และ DEN-3 มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค, 2561) สำหรับจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ใน พ.ศ. 2561 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561 มีผู้ป่วยไข้เลือดออก 1,522 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 178.64 ต่อประชากรแสนคน รายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราป่วยตายคิดเป็นร้อยละ 0.13 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คืออายุ 10-14 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 620.41 ต่อประชากรแสนคน อาชีพที่มีจำนวนป่วยสูงสุดคือนักเรียน 690 ราย อำเภอที่มีอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี อยู่ที่ 312.17 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอสองพี่น้องและอำเภอบางปลาม้า อยู่ที่ 298.14 และ 274.48 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การระบาดอาจมีไปจนถึงปลายปีภายหลังฝนตกตั้งแต่เดือนพฤษภาคม เป็นต้นไป เดือนที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือเดือนกันยายน จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 223 ราย (กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2561) สอดคล้องกับการรายงานการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสุพรรณบุรี ครั้งที่ 3/2562 สรุปรายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี มีอำเภอเสี่ยง จำนวน 3

อำเภอ คือ อำเภอสองพี่น้อง อำเภอดูหมื่น และ อำเภอหนองหญ้าไซ (สำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัดสุพรรณบุรี, 2562) ดังนั้นอำเภอสองพี่น้องจึงเป็นพื้นที่เสี่ยงทั้งในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 จากการวิเคราะห์พบว่า ตำบลบางตาเถร มีอัตราป่วยสูงสุดอยู่ที่ 293 คนต่อประชากรแสนคน เป็นกลุ่มนักเรียนอายุ 10-14 ปี มีอัตราการป่วยสูงสุด อยู่ที่ 350 คน ต่อประชากรแสนคน (สาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง, 2562)

โรงเรียนเป็นศูนย์รวมของนักเรียนซึ่งเป็นอนาคตของชาติ มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ คือ จัดกิจกรรมทั้งในเวลาเรียนและนอกเวลาเรียนเพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับนักเรียน จากปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่พบมากในเด็กวัยเรียน จึงเป็นหน้าที่ของโรงเรียนที่ต้องดูแลสุขภาพของนักเรียนโดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโดยใช้แนวคิดการจัดโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายให้นักเรียนมีสุขภาพดี องค์ประกอบที่สำคัญในการจัดโปรแกรมสุขภาพที่นำเสนอโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งมี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดสิ่งแวดล้อมทางสวัสดิภาพและสุขภาพ 2) การจัดบริการสุขภาพ 3) การจัดบริการอาหาร 4) การจัดบริการแนะแนว 5) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร 6) การสอนสุขศึกษา 7) การสอนพลศึกษา และ 8) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ผู้ปกครองและชุมชน (จินตนา สราวุธพิทักษ์, 2561) ซึ่งผู้วิจัยได้นำ 4 องค์ประกอบมาปรับใช้ ได้แก่ 1) การจัดสิ่งแวดล้อมทางสวัสดิภาพและสุขภาพ ซึ่งปรับมาเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนและบ้าน 2) การจัดบริการสุขภาพ 3) การสอนสุขศึกษา และ 4) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ผู้ปกครองและชุมชน ปรับมาเป็นความร่วมมือของโรงเรียนและครอบครัว มาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขภาพ

เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน โดยการ จัดสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพในโรงเรียนมีจุดมุ่งหมาย เพื่อสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ ได้แก่ การจัดอาคารสถานที่ให้ถูกหลักสุขาภิบาล การจัดสิ่งรบกวนต่างๆ การจัดหา น้ำดื่ม น้ำใช้ที่ สะอาด และการรักษาความสะอาดทั่วไป การจัด สิ่งแวดล้อมทางสุขภาพในโรงเรียนและชุมชนใน การป้องกันไข้เลือดออกมีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การป้องกันไม่ให้ยุงลายวางไข่และกำจัดลูกน้ำ ยุงลายโดยปิดฝาภาชนะที่เก็บน้ำ เช่น โอ่ง ถังทุกครั้ง ยางรถยนต์เก่าควรถาผ้าคลุม ตรวจสอบไม่ให้มีน้ำ ขังรอบๆ บริเวณโรงเรียนและที่บ้านใส่ทรายอะเบท (Abate) ในแจกันดอกไม้หรือเมื่อปลูกต้นไม้ในน้ำ เช่น พุดต่าง หรือเลี้ยงปลาในอ่างบัว และ ป้องกันไม่ให้ยุงกัดโดยนอนกางมุ้งหรือนอนในห้องที่ ติดมุ้งลวด การจัดบริการสุขภาพในโรงเรียน (School health service) มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาความ บกพร่องทางด้านสุขภาพของนักเรียนตั้งแต่ระยะ เริ่มแรก จะช่วยป้องกันมิให้โรคติดต่อแพร่ระบาด รวมทั้งช่วยจูงใจหรือกระตุ้นเตือนให้นักเรียนสนใจใน การปรับปรุงสร้างเสริมสุขภาพตนเองและเกิดความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุดุลย์ ฉายพงษ์ และปริมล อ่อนมะเสน (2563) ที่ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน สุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียน อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าการรับรู้ ความสามารถตนเอง และการได้รับการสนับสนุน ข้อมูลโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ ด้านสุขภาพของนักเรียน ดังนั้นการสนับสนุนข้อมูล ให้นักเรียนมีความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้นักเรียน มีความมั่นใจและภาคภูมิใจในความสามารถของ ตนเอง แต่จากการศึกษาของศิรินันท์ คำสี และญาดา เรียมริมมะตัน (2561) ในเรื่องความรู้และพฤติกรรม

การป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดโสธรวราราม วรวิหาร ตำบลหน้าเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรายังพบว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างยังมิ ด้มีความรู้เรื่องไข้เลือดออกและพฤติกรรมการ ป้องกันไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง

จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคไข้เลือดออกที่พบมากอย่างต่อเนื่องทุกปีใน ประเทศ รวมถึงจังหวัดสุพรรณบุรีในเด็กอายุ 10-14 ปี ซึ่งเป็นวัยมัธยมศึกษาตอนต้น อีกทั้งยังพบว่า นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นยังพร่องทั้ง ความรู้ในเรื่องไข้เลือดออกและพฤติกรรมในการ ป้องกันไข้เลือดออก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผล ของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น จากแนวคิดพื้นฐานที่โรงเรียนเป็นศูนย์รวมของ นักเรียนที่อยู่ในวัยกำลังเจริญเติบโต ซึ่งโรงเรียน จำเป็นต้องหาวิธีการป้องกันไข้เลือดออกเพื่อให้ นักเรียนปลอดภัยจากการเจ็บป่วย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลัง การทดลองของนักเรียนกลุ่มทดลองและนักเรียนกลุ่ม ควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการ ทดลองของนักเรียนกลุ่มทดลองและนักเรียนกลุ่ม ควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

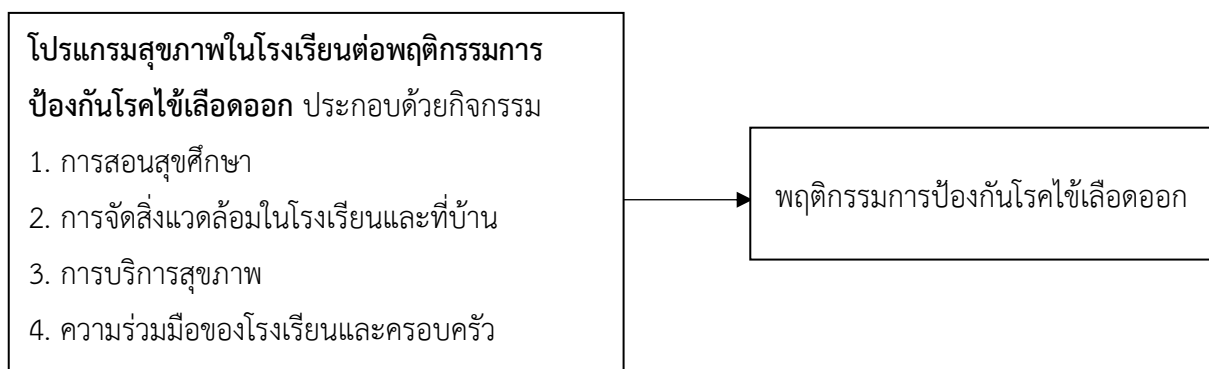
1. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่า ก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่พัฒนามาจากการวิจัยของธนัชชา นทีมหาคุณ

(2556) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม โดยโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยกิจกรรม 4 เรื่อง คือ 1) การสอนสุขศึกษา 2) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและที่บ้าน 3) การบริการสุขภาพ และ 4) ความร่วมมือของโรงเรียนและครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง โดยศึกษาประชากรทั้งหมดจากกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จากตำบลบางตาเถร อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 2 โรงเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จากตำบลบางตาเถร อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2563 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงสุด จำนวน 2 โรงเรียน เป็นโรงเรียนที่อยู่ในสังกัดคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐานเช่นเดียวกัน โดยมีแบบแผนการจัดการศึกษาเป็นมาตรฐานเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบง่าย

(Simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากเลือกโรงเรียน ได้กลุ่มทดลองเป็นโรงเรียนสองพี่น้องวิทยามีชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 4 ห้อง และมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 4 ห้อง กลุ่มควบคุมได้แก่ โรงเรียนบรรหารแจ่มใสวิทยา 5 มีชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 4 ห้อง และมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 4 ห้อง เป็นนักเรียนอายุอยู่ในช่วงอายุ 10-14 ปี และจับฉลากเลือกนักเรียนในแต่ละห้อง ห้องละ 4-5 คน จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-power กำหนดค่าพารามิเตอร์สำหรับการทดสอบสมมติฐานสองทาง (Two-tailed test) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Level of power) ที่ระดับ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร

0.50 (Faul et al., 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (Drop-out rate) ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 38 คน รวมทั้งหมด 76 คน กำหนดการคัดเข้า คือ 1) ยินดีและให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาของการวิจัย และ 2) อ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือได้ เกณฑ์การคัดออก คือ เข้าร่วมโครงการได้ไม่ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนขององค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ใน ค.ศ. 1991 (ธนัชชา นทิมหาคุณ และจินตนา สรายุทธพิทักษ์, 2557) ซึ่งมี 4 กิจกรรม คือ 1) การสอนสุขศึกษา 2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและโรงเรียน 3) การบริการสุขภาพ และ 4) ความร่วมมือของโรงเรียนและครอบครัว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม

2.2 แบบวัดพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดการปฏิบัติในการป้องกันไข้เลือดออกของธนัชชา นทิมหาคุณ และจินตนา สรายุทธพิทักษ์ (2557) และการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง นักเรียนมีการปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง นักเรียนมีการปฏิบัติ 1-4 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยทำเลย หมายถึง นักเรียนไม่มีการปฏิบัติเลย

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติในแต่ละข้อความในแบบวัดการปฏิบัติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนดังนี้

ในข้อความการปฏิบัติที่เป็นข้อความทางบวก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

ในข้อความการปฏิบัติที่เป็นข้อความทางลบ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน

คะแนนรวมพฤติกรรม การปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเป็น 4 ระดับ ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของธนัชชา นทิมหาคุณ (2556) ดังนี้

0-30 มีผลการปฏิบัติในระดับปรับปรุง

31-40 มีผลการปฏิบัติในระดับพอใช้

41-50 มีผลการปฏิบัติในระดับดี

51-60 มีผลการปฏิบัติในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านการ

พิจารณา โดยผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้าน ใช้เลือดออกจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไข้เลือดออก พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไข้เลือดออก และนักสุขศึกษาผู้เชี่ยวชาญโรคไข้เลือดออก เพื่อพิจารณาความตรงตามจุดประสงค์และความเหมาะสมของกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงเรียนของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความเหมาะสมในเรื่องการจัดกิจกรรมและเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมและนำมาปรับปรุงโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านการพิจารณาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านไข้เลือดออก จำนวน 3 ท่าน เช่นเดียวกับที่พิจารณาโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน ที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) เท่ากับ 0.93 และค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์พฤติกรรม (Index of item-objective congruence : IOC) เท่ากับ 0.92 และนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นกับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรีเลขที่ EC-044/2563 รับรองตั้งแต่วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต

เก็บข้อมูลกับผู้อำนวยความสะดวกโรงเรียน หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอน และระยะเวลาการเก็บข้อมูลให้นักเรียนทราบ ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยหรือรู้สึกไม่สบายใจโดยจะไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและการดำเนินชีวิตประจำวัน ข้อมูลที่เก็บไปทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ ผลวิจัยจะนำไปเผยแพร่ในภาพรวมโดยแสดงค่าทางสถิติเท่านั้น และจะทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องภายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้น โดยให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงเรียนสองพี่น้องวิทยาและโรงเรียนบริหารแจ่มใสวิทยา 5 เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการทั้ง 2 โรงเรียน ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านครูผู้ประสานของทั้ง 2 โรงเรียน เพื่อแนะนำผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

การดำเนินการทดลอง

วิจัยครั้งนี้ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัย 3 ครั้ง โดยครอบคลุมในกิจกรรม 4 เรื่อง คือ 1) การสอนสุขศึกษา 2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและโรงเรียน 3) การบริการสุขภาพ และ 4) ความร่วมมือของโรงเรียนและครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 ดำเนินการประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากการแนะนำตัวผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย โดย

1.1 ประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรค ไข้เลือดออกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย แบบวัดพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ พัฒนาขึ้น

1.2 นำผลการประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองมา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการ ทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบว่านักเรียนกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรม การป้องกันโรค ไข้เลือดออกแตกต่างกันหรือไม่ โดยพบว่านักเรียน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรม การป้องกัน โรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

ครั้งที่ 2 การดำเนินการทดลองโปรแกรม สุขภาพในสัปดาห์ที่ 2 โดยมีรายละเอียด 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การสอนสุขศึกษา ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่องโรคไข้เลือดออกเรื่องสาเหตุ อาการและอาการ แสดง การติดต่อและระบาด การป้องกันโรค หลัก 5 ป เพื่อปราบยุงลาย (ประกอบด้วย ปิด คือ ปิด ภาชนะใส่น้ำให้มิดชิด ปล่อย คือ ปล่อยปลาในลูกน้ำ เปลี่ยน คือ เปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน ปรับ คือ ปรับ สิ่งแวดล้อม และปฏิบัติ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ) และ การดูแลเมื่อเป็นไข้เลือดออก รวมทั้งการทำ ผลิตภัณฑ์ไถ่

2.2 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและที่ บ้าน ผู้วิจัยอธิบายจุดเสี่ยงในการเกิดยุงพร้อมทั้ง การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงโดยใช้หลัก 5 ป หลังจากนั้นให้นักเรียนแบ่งกลุ่มร่วมอภิปรายจุดเสี่ยง ที่โรงเรียนและที่บ้าน ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มได้สำรวจ พื้นที่เสี่ยงรอบๆอาคารเรียนและสนามโรงเรียน และ ให้นักเรียนได้ใช้ทรายอะเบทใส่ลงในพื้นที่เสี่ยง ได้แก่

พื้นที่น้ำขัง ห้องน้ำ และร่วมเก็บขยะเพื่อให้สถานที่ สะอาดเพื่อป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย

2.3 การบริการสุขภาพ ให้นักเรียนได้จับคู่ กันได้สำรวจคู่ของตนว่ามีอาการผิดปกติหรือมี แนวโน้มเป็นไข้เลือดออกหรือไม่โดยสังเกตอาการ ตัวร้อน ไข้สูง มีจุดเลือดออก เพื่อให้นักเรียนตรวจ สุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัวได้

2.4 ความร่วมมือของโรงเรียนและครอบครัว ให้นักเรียนกลับไปสำรวจและให้คำแนะนำบุคคลใน ครอบครัวและบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก โดยให้ ความรู้เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การทำลายแหล่งเพาะ พันธุ์ยุง โดยใช้ทรายอะเบท ตรวจร่างกาย และให้ ผู้ปกครองเซ็นชื่อเป็นหลักฐาน และให้ครูผู้ประสาน รวบรวมนำการบันทึกส่งผู้วิจัย

การดำเนินการหลังการทดลอง

ครั้งที่ 3 ดำเนินการประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม โดยใช้แบบวัดพฤติกรรม การป้องกันโรค ไข้เลือดออก หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความ สมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการ ประเมินการปฏิบัติการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 โดยกลุ่มควบคุม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากโรงเรียนตามปกติ ภายหลังจากทดสอบแบบ วัดพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกในสัปดาห์ ที่ 8 เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออกตามโปรแกรมสุขภาพที่จัดขึ้น

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent samples t-test)

3. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองโดยใช้สถิติที่แบบจับคู่ (Paired samples t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกันคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจำนวน 25 คน (ร้อยละ 65.79) และ 21 คน (ร้อยละ 55.26) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 13 ปี อายุต่ำสุด 12 ปี และอายุสูงสุด 14 ปีเช่นเดียวกัน ส่วนระดับเกรดเฉลี่ยสะสมกลุ่มทดลองอยู่ที่ 3.42 โดยเกรดเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.90 และเกรดเฉลี่ยต่ำสุด คือ 3.10 ส่วนระดับเกรดเฉลี่ยสะสมกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลองอยู่ที่ 2.90 โดยเกรดเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.83 และเกรดเฉลี่ยต่ำสุด คือ 2.71

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม (n=76)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (38 คน)		กลุ่มควบคุม (38 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	34.21	17	44.74
หญิง	25	65.79	21	55.26
อายุ (ปี)				
<13	15	39.48	13	34.21
13-14	23	60.52	25	65.79
เกรดเฉลี่ยสะสม				
< 3	5	13.16	10	26.31
≥ 3	33	86.84	28	73.69

2. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p=0.597$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองในนักเรียนกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=76)

	n	ก่อนทดลอง		t	p-value
		M	SD		
กลุ่มทดลอง	38	36.05	0.10	-5.37	0.597
กลุ่มควบคุม	38	36.25	0.09		

3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองอยู่ในระดับพอใช้ (M=36.05, SD=0.10) ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการทดลองอยู่ในระดับดี (M=50.18, SD=0.06) ทั้งนี้เมื่อทดสอบในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการได้รับ

การดูแลแบบปกติ แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 เช่นกัน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนได้รับข้อมูลการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากโรงเรียนอยู่ในระดับพอใช้ (M=36.25, SD=0.09) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังได้รับข้อมูลอยู่ในระดับดี (M=42.76, SD=0.08) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการทดลองในนักเรียนกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=76)

	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	38	36.05	0.10	50.18	0.06	-45.38	.000
กลุ่มควบคุม	38	36.25	0.09	42.76	0.08	-15.31	.000

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนภายหลังทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.01 (t=-30.49, df=37) โดยมี

ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน คือ M=50.18, S.D.=0.06 ในกลุ่มทดลอง และ M=42.76, SD=0.08 ในกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการทดลองระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลองกับนักเรียนกลุ่มควบคุม (n=76)

	n	หลังการทดลอง		t	p-value
		M	SD		
กลุ่มทดลอง	38	50.18	0.06	-30.49	.000*
กลุ่มควบคุม	38	42.76	0.08		

การอภิปรายผลการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเรื่องกิจกรรมการสอนสุขศึกษาใน 6 หัวข้อ ได้แก่ 1) รู้จักยุงลายสาเหตุของโรคไข้เลือดออก 2) อาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้เลือดออก 3) การติดต่อของโรคไข้เลือดออก 4) การป้องกันโรคไข้เลือดออก 5) หลัก 5 ป (ปิด คือ ปิดภาชนะใส่น้ำให้มิดชิด ปล่อย คือ ปล่อยปลาในลูกน้ำ เปลี่ยน คือ เปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน ปรับ คือ ปรับสิ่งแวดล้อมและปฏิบัติ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ) ปรายยุงลายให้สิ้นซาก และ 6) การทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรไล่ยุงเพื่อให้ความรู้ สร้างความสัมพันธ์ สร้างเจตคติที่ดีต่อตนเอง ระหว่างผู้วิจัยกับนักเรียน เช่น การสอนหลัก 5 ป เป็นการที่ผู้วิจัยกระตุ้นให้นักเรียนเกิดความสนใจ และเกิดการตระหนักคือการรู้ถึงหลักการป้องกันไข้เลือดออกอย่างแท้จริง เห็นได้จากการตอบคำถามของนักเรียน ซึ่งนักเรียนสามารถตอบคำถามที่ผู้วิจัยสอบถามได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของชวนพิศ จักขุจันทร์ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และธราดล เก่งการพานิช (2564) ได้

ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการป้องกันไข้เลือดออกโดยประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 คน โดยจัดโปรแกรมจำนวน 8 กิจกรรมให้กับกลุ่มทดลอง 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ ธนัชชา นันทินา และจินตนา สรายุทธพิทักษ์ (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวิสุทธิ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 25 คน โดยจัดโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนที่มีต่อการป้องกันไข้เลือดออก 6 กิจกรรมใน 8 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนกลุ่มทดลองหลังได้รับการจัดโปรแกรมสุขภาพใน

โรงเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนที่จัดทำขึ้นมีผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น ทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และปฏิบัติในการป้องกันไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนกลุ่มทดลองหลังได้รับการจัดโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นมากกว่าของนักเรียนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพราะนักเรียนกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ในเรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดง การติดต่อและระบาด การป้องกันโรคหลัก 5 ป การดูแลเมื่อเป็นไข้เลือดออก และการทำผลิตภัณฑ์ไถ่จากกิจกรรมการสอนสุขศึกษา และได้ลงมือปฏิบัติในกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและที่บ้านโดยปฏิบัติในกิจกรรมย่อย 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสำรวจจุดเสี่ยงบริเวณโรงเรียนโดยให้นักเรียนแต่ละกลุ่มร่วมอภิปรายและสำรวจพื้นที่เสี่ยงรอบๆอาคารเรียนและสนามโรงเรียน และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบริเวณโรงเรียนโดยให้นักเรียนได้ใส่ทรายอะเบทลงในพื้นที่เสี่ยง ได้แก่ พื้นที่น้ำขัง ห้องน้ำ เพื่อป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย และเมื่อพบขยะนักเรียนก็จะเก็บขยะไปทิ้งเพื่อป้องกันการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในโรงเรียน และ 2) กิจกรรมปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านโดยให้นักเรียนร่วมอภิปรายจุดเสี่ยงที่บ้านร่วมกันและให้นักเรียนแต่ละคนไปสำรวจบ้านตนเองและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบ้านจากกิจกรรมปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและที่บ้านจึงเป็นการฝึกปฏิบัติให้นักเรียนรู้จักสังเกตพร้อมกับการ

ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นวิธีที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ เป็นการกระตุ้นให้นักเรียนเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีผลช่วยให้นักเรียนปฏิบัติได้อย่างถูกวิธี เห็นได้จากคะแนนการปฏิบัติที่ได้จากการตอบแบบวัดการปฏิบัติของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพ นักเรียนยังได้ปฏิบัติจริงโดยการจับคู่กันกับเพื่อนเพื่อสำรวจว่ามีอาการผิดปกติหรือมีแนวโน้มเป็นไข้เลือดออกหรือไม่โดยสังเกตอาการตัวร้อน ไข้สูง มีจุดเลือดออก เพื่อให้นักเรียนตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว ทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้และมีความมั่นใจ นอกจากนั้นการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือของโรงเรียนและครอบครัว ทั้งในด้านการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านและการบริการสุขภาพ ทำให้นักเรียนมีความรู้และปฏิบัติได้จริงทั้งในเรื่องการป้องกันการเกิดโรคและการประเมินอาการได้ตั้งแต่วัยแรก ทำให้ไม่เกิดอันตรายจากภาวะโรคและอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ เกษะกัณหา อังคณา ทองโกมุท และนิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ (2564) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านนา อำเภอลำปาง จ.ลำปาง พิจิตร ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองภายหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพราะกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างสม่ำเสมอ แต่ถึงแม้ว่ากลุ่มควบคุมจะได้คะแนนพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออกน้อยกว่ากลุ่มทดลองแต่ก็อยู่ในเกณฑ์ระดับดีเช่นเดียวกันและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นแม้ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออกเนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากหน่วยงาน

ทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ จากการที่ได้เรียนรู้ใน วิชาสุขศึกษา และศึกษาจากสื่อโซเชียลช่องทาง ต่างๆ อย่างไรก็ตามการได้รับโปรแกรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกก็มีข้อดีกว่าเพราะเป็นการร่วมมือ ของทั้งโรงเรียนและครอบครัวทำให้การปฏิบัติในการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถปฏิบัติได้ครอบคลุม พื้นที่ของชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยบริการสาธารณสุขและ โรงเรียนสามารถนำรูปแบบโปรแกรมสุขภาพใน โรงเรียนไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่าง สม่าเสมอเป็นประจำทุกปี เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ และมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างต่อเนื่องทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน

1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ร่วมกับการให้นักเรียนได้ปฏิบัติกิจกรรมในการ

ป้องกันไข้เลือดออกทั้งการป้องกันยุงกัด การ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การทำผลิตภัณฑ์ไล่ยุง และการประเมินอาการตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้ เกิดความร่วมมือในชุมชนที่โรงเรียนและที่บ้าน จึง มีโอกาสทำให้ป้องกันไข้เลือดออกและป้องกันการ เกิดโรคที่รุนแรงในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการติดตามผลของการจัด โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในระยะยาว เช่น 6 เดือน เพื่อการคงอยู่ ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียน

2.2 ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการ จัดโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในนักเรียนกลุ่มอื่นๆ เช่น ระดับประถมศึกษา ตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2561). *สรุปรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561* [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.
- กลุ่มโรคติดต่อนำโดยยุงลาย กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปีสัปดาห์ที่ 50 ปี 2562*. https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000319/pdf/2562_01/Denguenumber_wk50_2019.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2558). *แนวทางการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก*. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง.
- กรมควบคุมโรค. (2565, 27 เมษายน). *ไข้เดงกี (Dengue)*. https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
- จินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2561). *โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวนพิศ จักขุจันทร์, ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, และธราดล เก่งการพานิช. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านการป้องกันไข้เลือดออกโดยประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะทาง พฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารควบคุมโรค*, 47(3), 479-489.

- ดาว เวียงคำ, จุฑามาศ ผลมาก, พยาม การดี, ศิริรัตน์ โกศลย์วัฒน์, นวียา กันทะมูล, และสำเร็จ พรหมมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของแกนนำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 207-214.
- ธัญชา นทิมหาคุณ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญชา นทิมหาคุณ และจินตนา สราญฤทธิ์ทักษ์. (2557). ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษา. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 9(1), 209-221.
- <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/28620/24641>
- ศิริพันธ์ คำสี และญาดา เรียมริมมะดัน. (2561). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดโสธรวรารามวรวิหาร ตำบลหน้าเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 22(43-44), 43-54.
- ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์, และวารุณี วัชรเสรี. (2559). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักโรคติดต่อภายใน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ เกาะกันหา, อังคณา ทองโกมุท, และนิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ. (2564). ผลของโปรแกรมการป้องกันไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านนา อำเภอลำลูกเกด จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 142-154.
- สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค. (2561). *แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมือง Urban Dengue Unit Guideline*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง. (2562). *สรุปรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี.
- สำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัดสุพรรณบุรี. (2562). *จังหวัดสุพรรณบุรี จัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสุพรรณบุรี ครั้งที่ 3/2562*. <http://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG190904124744048>
- อดุลย์ ฉายพงษ์ และปริมล อ่อนมะเสน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียน อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารควบคุมโรค*, 46(2), 152-161.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

นิตยา สินธุ์ภูมิ*, วาสนา สุระภักดิ์**, สัจจิตตา ฤทธิมนตร์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และ 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินผล

รูปแบบการวิจัย : วิจัยและพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย : ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และ 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ประจำบ้านผู้ช่วย บุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก การสนทนากลุ่มและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและวิเคราะห์ปัญหาจากการสนทนากลุ่มที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การรักษาและการพยาบาล 4) การส่งต่อผู้ป่วย 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 6) การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง การส่งต่อลดลงร้อยละ 20.00 ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย ไม่เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน นอกจากนั้นบุคลากร และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีความพึงพอใจ

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสามารถนำไปใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยเกิดระบบงานที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อในระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง



The Development of a Mental Health Crisis Emergency Care Model in Atsamat Hospital, Roi Et Province

Nittaya Sinphum*, Wasana Suraphak**, Sujitta Ritmontree**

Abstract

Purpose: To 1) study the problem and analyze the situation of emergency care for patients with mental health crises, 2) develop a model for caring for emergency patients with mental health crises, and 3) apply and evaluate the developed model.

Design: Research and Development

Method: The research was conducted in 3 steps: 1) study the problem and analyze the situation, 2) develop a model for caring for emergency mental health crisis patients, and 3) apply and evaluate the developed model. The sample group was purposively selected and consisted of patient history files, health team personnel, and emergency mental health crisis patients. Data were collected using record forms, group discussion, and apply the care model for emergency mental health crisis patients. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage, and content analysis of qualitative data from focus group.

Main findings : The developed model for emergency care for mental health crisis patients consisted of 1) understanding and accepting illness and protecting patient rights, 2) patient assessment, 3) giving treatment and nursing care 4) patient referral, 5) educating patients and caregivers, and 6) recording information systematically. The results of applying the model found that patients' levels of violent aggressive behavior decreased. Referrals decreased by 20%, and patients and personnel were safe and no properties damaged. In addition, personnel and patients receiving care according to the mental health emergency care model were satisfied.

Conclusion and recommendations: The Mental health crisis emergency care model can be used to care for this group of patients by creating a clear work system, which can actually be put into practice. However, there should be further study in the long term with a larger number of patient groups.

Keywords: Mental health crisis emergency care model, Violent aggressive behavior, Serious mental illness with high risk to violence

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 35-50

* Registered Nurse, Professional Level, Atsamat Hospital, Roi-et Province

** Instructor, Bachelor of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University of Thailand

Corresponding author, e-mail: sujittarnt@gmail.com, Tel 099-4635978

Received: 11 September 2023, Revised: 20 November 2023, Accepted: 6 December 2023



ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญไม่แตกต่างจากปัญหาสุขภาพกาย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากร 1 ใน 4 จะได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางจิตใจหรือระบบประสาทในบางช่วงชีวิต และมีประชากรทั่วโลกราว 450 ล้านคนที่ต้องทนทุกข์ ทรมานจากสภาพดังกล่าว (World Health Organization [WHO], 2019) ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) จากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียน เป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 13,194 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8,245 ราย (ร้อยละ 62.49) เพศหญิง จำนวน 4,949 ราย (ร้อยละ 37.51) พบมากที่สุดคือคนในช่วงอายุ 26-45 ปี เป็นผู้ป่วย กลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 -F29) มากที่สุด จำนวน 5,516 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.22 และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 -19) จำนวน 2,213 ราย (ร้อยละ 17.34) และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า อันดับแรกคือการทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีการรุนแรง จำนวน 7,397 (ร้อยละ 56.80) และอันดับที่สองคือ ผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายร่างกายผู้อื่น รุนแรง ก่อเหตุรุนแรง ทำให้บาดเจ็บสาหัส เสียชีวิตในชุมชน จำนวน 3,880 ราย (ร้อยละ 29.80) (กรมสุขภาพจิต, 2565) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท พบได้บ่อยและผู้ป่วยจะแสดง พฤติกรรมรุนแรง ออกมาจนถึงทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ

หรือสูญเสียชีวิตได้ (บัวลอย แสนละมุล และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2557) โดยหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ต้องพบเจอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เกิดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอก ร้อยละ 25-80 หอผู้ป่วยจิตเวชและคลินิกจิตเวช มากกว่าร้อยละ 39 (Stevenson, 2014) โดยแต่ละปีจะมีประมาณร้อยละ 20 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต (พรทิพย์ วชิรติลล และคณะ, 2563)

โรงพยาบาลอาจสามารถ อำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง จากปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า สถิติผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับบริการ 5,432 6,093, 5,039 คน ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 540, 595 และ 647 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.94, 9.77 และ 12.84 ตามลำดับ ปัญหาที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้ คือ ขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและมีการใช้สารเสพติดร่วม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายทรัพย์สิน ญาติได้แจ้งตำรวจให้นำส่งโรงพยาบาล เมื่อเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ ทำลายทรัพย์สินของโรงพยาบาล ทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่และทำร้ายตนเองจนได้รับบาดเจ็บ ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลอาจสามารถได้ให้การดูแลเพื่อให้อาการสงบที่แผนกฉุกเฉินแล้วส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 83, 94 และ 92 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลอาจสามารถ, 2566) ที่ผ่านมาโรงพยาบาลอาจสามารถยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ชัดเจน รวมถึงศักยภาพและความพร้อมที่ดีพอต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และผู้ป่วยที่

มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเหล่านี้นั้นยังมีจำกัด จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2566 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นการพัฒนา 4 ประเด็นใหญ่ โดยประเด็นที่ 4 มุ่งเน้นงานสุขภาพจิตตามปัญหาหลัก คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (SMI-V) ซึ่งรวมไปถึงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicide prevention) ด้วย (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2565) ดังนั้นจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้รับบริการรายอื่น รวมไปถึงบุคลากรและสิ่งแวดล้อม อันเป็นการสะท้อนคุณภาพการบริการที่มีประสิทธิภาพ

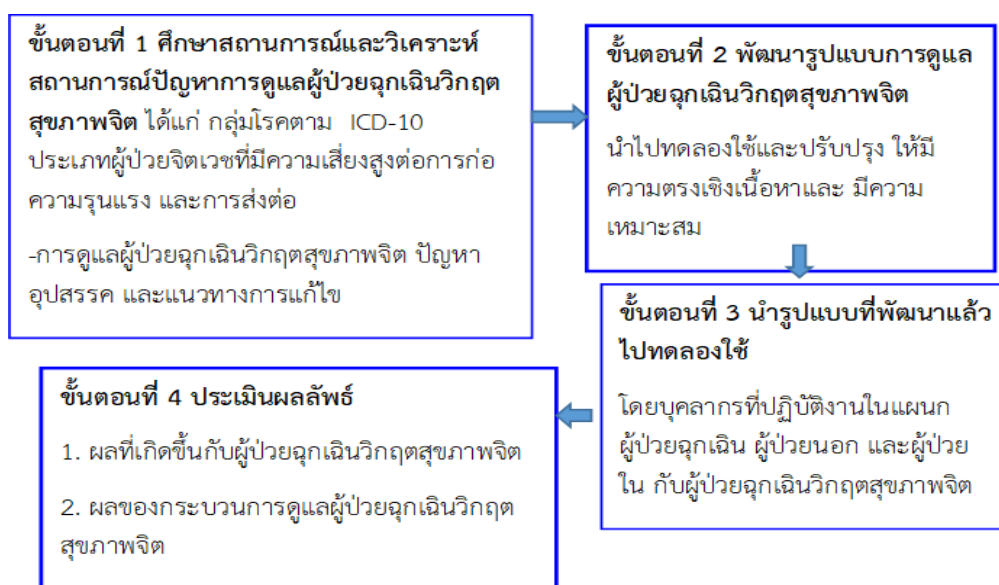
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต 3 ขั้นตอน ดังนี้
1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์

2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และ 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินผล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของเบเมลมันส์ Bemelmans (1979) ที่ดำเนินการทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาให้ชัดเจน เป็นการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ และสิ่งที่ต้องการพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน 2) พัฒนารูปแบบนำไปทดลองใช้และปรับปรุง ให้มีความตรงเชิงเนื้อหาและ มีความเหมาะสม 3) นำรูปแบบที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มาใช้บริการ และ 4) ประเมินผลของรูปแบบและเผยแพร่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยเก็บข้อมูลเอกสารจากเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยตาม ICD-10 ลักษณะความรุนแรง การดูแลในโรงพยาบาล การส่งต่อ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มในบุคลากรของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ดำเนินการโดยนำข้อมูลปัญหาจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดปัญหาที่ชัดเจนและแนวทางแก้ไข แล้วจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน จำนวน 34 คน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (ฉบับร่าง) จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแล้วปรับปรุงแก้ไข และนำกลับมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินจำนวน 2 วงรอบก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์โดยประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแฟ้มประวัติผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2564–เมษายน 2566 จำนวน 674 แฟ้ม บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลจำนวน 193 คน และผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดที่เข้ารับบริการในเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 185 คน (โรงพยาบาลอาจสามารถ, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ตั้งแต่ตุลาคม 2564–เมษายน 2566 ทั้งหมดจำนวน 126 ราย และทีมบุคลากรของโรงพยาบาล คัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน จำนวน 34 คน ในจำนวนนี้มีซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 (ทีมบุคลากรของโรงพยาบาล) จำนวน 10 คน

ขั้นตอนที่ 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตที่ถูกควบคุมตัวมาโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย หรือผู้นำชุมชน เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่วันที่ 6 พฤษภาคม- 30 กรกฎาคม 2566 ทั้งหมดจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีรายละเอียดของเครื่องมือตามขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากการศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มโรคตาม ICD-10 ประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และการส่งต่อและแบบสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เพื่อสนทนากลุ่มกับบุคลากรโรงพยาบาล สร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การดูแล ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

ข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแต่ละขั้นตอนตั้งแต่ การรับผู้ป่วย การประเมิน การดูแลและการส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ดังต่อไปนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ประกอบด้วย การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย

การรักษาและการพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ และการบันทึกข้อมูล

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลประกอบด้วย

3.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ประกอบด้วย อายุ เพศ ปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต สาเหตุ การได้รับการวินิจฉัย รูปแบบการรักษา และผลลัพธ์การดูแล

3.2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) ประกอบด้วย ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 3 ข้อ คือ ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อทรัพย์สิน การตัดสินใจระดับความรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงข้อเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ ประเมินได้มีความหมายดังนี้ (Yudofsky, Silver & Jackson, 1998)

กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency)
OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้

เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2
คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน

ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3
คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน

3.2.3 แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

สุขภาพจิตได้พัฒนาจากแบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ลักษณะเป็นการสำรวจเพื่อประเมินผลลัพธ์ ในเรื่องความสะดวก ความง่ายในการนำมาใช้งาน ผู้ปฏิบัติสามารถนำมาใช้ได้จริง ในการดูแลผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์ และคณะ, 2565 อ้างใน ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2553) ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย ซึ่งไม่มีค่าคะแนน

3.2.4 แบบประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยมีลักษณะคำตอบตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยซึ่งไม่มีค่าคะแนน โดยมีการระบุเหตุผลประกอบ **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย**

เครื่องมือแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรโรงพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและแบบประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและการสร้างเครื่องมือ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .83

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นักวิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยซ้ำ

แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย นำไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นกับบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

นำแบบประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตไปทดลองกับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลใกล้เคียงกับโรงพยาบาลพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ขออนุมัติผู้เข้าร่วมวิจัย ขอเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการ นำหนังสือที่ได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการถึงหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการประชุม อบรม และจัดเก็บข้อมูล

2. จัดเตรียมเอกสาร วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการตามขั้นตอนในการพัฒนา คือ
สำรวจปัญหา พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้รูปแบบและ
การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
สุขภาพจิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการรับรองพิจารณา
จริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0602566
ลงวันที่ 5 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์
และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถ
ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อ
การปฏิบัติงาน และการรักษาพยาบาลที่ได้รับหาก
กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ประการใดเกี่ยวกับการวิจัย
ครั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
โดย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์
เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามขั้นตอนการ

ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ปัญหาและแนวทาง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

1.1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์
โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน
วิกฤตสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตั้งแต่
ตุลาคม 2564 - เมษายน 2566 จำนวน 126 คน เมื่อ
พิจารณาจำแนกตามกลุ่มโรค ด้วยหลัก ICD-10 พบว่า

ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมแบบโรค
จิตเภท และโรคหลงผิด หรือ F20-F29 จำนวน 76 คน
(ร้อยละ 60.32) รองลงมา เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติ
ทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อ
จิตประสาท หรือ F10-F19 จำนวน 50 คน (ร้อยละ
39.68) โดยมีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาที่
เหมาะสมจำนวน 57 คน (ร้อยละ 59.52) เมื่อพิจารณา
แยกตามประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ
ก่อความรุนแรง (SMI-V) พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติทำ
ร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
จำนวน 51 คน (ร้อยละ 40.48) รองลงมา คือ มีอาการ
หลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้าย
ผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่มุ่งจะ
ทำร้าย จำนวน 44 คน (ร้อยละ 34.92) เคยมีประวัติ
ก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
จำนวน 18 คน (ร้อยละ 14.29) มีประวัติทำร้ายตนเอง
ด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต จำนวน 7 คน (ร้อยละ
5.55) และผู้ป่วยมีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ข้อ
ขึ้นไป จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.76)

ผลการสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่ให้การดูแล
ช่วยเหลือ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์
พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานบริการ
พบประเด็นและปัญหา ดังนี้

1.2 ปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
สุขภาพจิต แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.2.1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่
เข้ามารับบริการ เป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยใช้ยาเสพติด
ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ขาดยาและอาการกำเริบ มีการ
หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน มีพฤติกรรมอาละวาด
คลุ้มคลั่งก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง คนอื่นและทรัพย์สิน
ถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ

1.2.2 บุคลากรยอมรับว่าสงสาร เห็นใจ เข้าใจผู้ป่วยและญาติ แต่มีความกลัว มีปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ขาดความรู้ทักษะ ขาดความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง กลัวถูกทำร้าย กลัวจะให้การช่วยเหลือไม่ถูกต้อง ขาดความพร้อมของทีมที่จะผูกมัด บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ว่าใครควรทำอะไรได้แต่จัดการปัญหาเฉพาะหน้า และไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

1.2.3 ระบบการรับ-ส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ความเข้าใจต่อการดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.2.4 ต้องใช้ระยะเวลานานกว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจะลดลง บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บเจ้าหน้าที่บาดเจ็บ รวมถึงทรัพย์สินของโรงพยาบาลเสียหาย ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด เกิดผลกระทบค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและญาติผู้ดูแลระหว่างการส่งต่อ

1.2.5 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เสนอให้มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการคนอื่นๆ และหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตลอดจนทรัพย์สินปลอดภัย และเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โรงพยาบาลอาจสามารถที่พัฒนาขึ้น

จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ

ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ทำให้ผลที่ได้จากการพัฒนา คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอาจสามารถจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

2.1 การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เป็นการยอมรับฟังและเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น พร้อมกับพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่นการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยและญาติ

2.2 การประเมินผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติ และคัดกรอง และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.3 การรักษาและการพยาบาล การรักษาด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบ การพยาบาล เช่นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การปรับสิ่งแวดล้อม การจำกัดพฤติกรรม

2.4 การส่งต่อผู้ป่วย เช่น การส่งต่อประวัติอาการ การรักษา ให้กับแผนกหรือโรงพยาบาลที่รับตัวผู้ป่วยไว้รักษาต่อ ให้แก่ญาติหรือผู้ดูแล

2.5 การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

2.6 การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ เช่น การบันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยลงในระบบการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาล



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบไปใช้ และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เป็นเวลา 3 เดือน (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2566)

3.1 มีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตทั้งหมด 10 คน เป็นเพศชาย 9 คน เพศหญิง 1 คน มีอายุระหว่าง 24 - 55 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำนวน 6 คน และอีก 4 คนเป็นผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ระดับ 3 จำนวน 4 คน ได้รับ

การดูแลแบบผู้ป่วยในจำนวน 3 คน ส่งต่อจำนวน 1 คน ระดับ 2 จำนวน 6 คน ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 3 คน ผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน ส่งต่อ 1 คน หลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ลดลงเป็นระดับ 0 หรืออาการสงบจำนวน 9 คน และระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ระดับ 1 จำนวน 1 คน และยังพบว่า ทุกคนปลอดภัยซึ่งหมายถึง ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และเจ้าหน้าที่ปลอดภัย ทรัพย์สินไม่ได้รับความเสียหาย เมื่อได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรง รูปแบบการรักษาและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
วิกฤตสุขภาพจิต (n=10)

คนที่	ข้อมูลผู้ป่วย	ลักษณะพฤติกรรมรุนแรง	ระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS)		รูปแบบการรักษา	ผลลัพธ์การดูแล
			ก่อน	หลัง		
1	เพศชาย อายุ 42 ปี การวินิจฉัย F10.10	เอะอะโวยวาย ชู่จะทำร้าย คนอื่น หูแว่ว เห็นภาพ หลอน	2	0	ผู้ป่วยนอก	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
2	เพศชาย อายุ 31 ปี การวินิจฉัย F10.31	หงุดหงิดโมโห ค่ำมารดา เพื่อ บ่นอยากตาย	2	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
3	เพศชาย อายุ 29 ปี การวินิจฉัย F15.10	โวยวาย ก้าวร้าว เห็นภาพ หลอน ชู่จะทำร้ายคนอื่น และตนเอง	3	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
4	เพศหญิง อายุ 35 ปี การวินิจฉัย F20.00	เอะอะโวยวายเสียงดัง เดิน ไปมา ชู่จะทำร้ายร่างกายคน อื่น	2	1	ส่งต่อ	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
5	เพศชาย อายุ 55 ปี การวินิจฉัย F20.00	เอะอะโวยวาย ไม่นอน พูดชู่จะทำร้ายคนอื่นเห็น ภาพหลอน	2	0	ผู้ป่วยนอก	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
6	เพศชาย อายุ 25 ปี การวินิจฉัย F10.30	เพ้อบ่นคนเดียว ดุด่าคนอื่น หูแว่ว กลางคืนไม่นอน	2	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
7	เพศชาย อายุ 24 ปี การวินิจฉัย F29.00	กระวนกระวาย พูดหัวเราะ คนเดียว ดุด่าหยาบคาย	2	0	ผู้ป่วยนอก	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
8	เพศชาย อายุ 51 ปี การวินิจฉัย F29.00	เอะอะ อาระวาด โมโหร้าย ทำลายของใช้ภายในบ้านพัง และชู่จะเผาบ้าน	3	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
9	เพศชาย อายุ 37 ปี การวินิจฉัย F19.00	เอะอะโวยวาย ไม่นอน พูด บ่นคนเดียว ทำลายสิ่งของ ถือนิ๊ดไว้ตลอด	3	0	ส่งต่อ	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
10	เพศชาย อายุ 33 ปี การวินิจฉัย F15.10	เอะอะอาละวาดทำลายข้าว ของ มีหูแว่ว ภาพหลอน และชู่จะทำร้ายมารดา	3	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย

3.2. ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 10 คน เห็นด้วยกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ทั้ง 4 ด้าน คือ มีประโยชน์ต่อตัวเอง มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแล รู้สึกสบายใจในการได้รับการดูแล และรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น

3.3. ความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานบริการ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน มีความเห็นด้วยในระดับมากในการทำให้การปฏิบัติงานเป็นระบบง่ายขึ้น ทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (n=34)

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ใช้งานง่ายไม่ยุ่งยาก	33	97.06	1	2.94	-	-
2. มีความสะดวกในการใช้	32	94.12	2	5.88	-	-
3. บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้	32	94.12	2	5.88	-	-
4. บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วย	33	97.06	1	2.94	-	-
5. ทำให้การปฏิบัติงานเป็นระบบง่ายขึ้น	34	100.00	-	-	-	-
6. ทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	34	100.00	-	-	-	-
7. มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ	34	100.00	-	-	-	-
8. มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	34	100.00	-	-	-	-

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท (F20-F29) ร้อยละ 60.32 รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) ร้อยละ 39.68 สอดคล้องกับข้อมูลของกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) มากที่สุดร้อยละ 43.22 รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) ร้อยละ 30.36 ส่วนอันดับที่ 3 เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) ร้อยละ 17.34 (กรมสุขภาพจิต, 2563) แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเป็นปัญหาครอบคลุมทุกพื้นที่ หากผู้ป่วยจิตเภทขาดยาไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมถึงมีการใช้สุราและสารเสพติด ยิงจะมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเรื้อรังต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น

สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีความกลัวถูกทำร้าย กลัวจะให้การช่วยเหลือไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ทักษะ ขาดความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้แต่จัดการปัญหาเฉพาะหน้า และไม่มีแพทย์เฉพาะทาง สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฏลดาน นานา, อีรภา ธานี, และคณะ (2561) พบว่า บุคลากรในสถานพยาบาล มี

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คือ ขาดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ ขาดความรู้ทักษะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ความรู้ทัศนคติความเชื่อมั่นในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติอยู่ในระดับที่เห็นด้วยต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แต่ไม่แน่ใจในวิธีการจัดการต่างๆ ไม่แน่ใจหรือไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานปฏิบัติงาน ซึ่งจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตกลุ่มตัวอย่างบุคลากรได้เสนอและร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด เกิดแนวปฏิบัติและทดลองใช้ร่วมกัน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การรักษาและการพยาบาล 4) การส่งต่อผู้ป่วย 5) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และ 6) การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของก่อกาล ศิริวัฒน์ โฉม วนีกาญจน์ คงสุวรรณ และณอมศรี อินทนนท์ (2560) ที่ได้นำแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบองค์ประกอบปฏิบัติการพยาบาล 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าใจยอมรับ



การเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การรักษาและการพยาบาล 4) การส่งต่อผู้ป่วย 5) การให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและ 6) การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังให้ข้อเสนอแนะว่าควรระบุถึงบุคคลที่สามารถช่วยเหลือในการพยาบาลและควรนำไปพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาครอบคลุมทั้งแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน รวมไปถึงสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานบริการ ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเห็นด้วยระดับมากต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นทำให้การปฏิบัติงานเป็นระบบง่ายขึ้น ทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นเป็นการพัฒนาจากปัญหาที่เกิดขึ้นการระดมความคิดเห็นร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและองค์กร

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตจำนวน 10 คน เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิต

ประสาท จำนวน 6 คน และอีก 4 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ระดับ 3 จำนวน 4 คน ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในจำนวน 3 คน ส่งต่อจำนวน 1 คน ระดับ 2 จำนวน 6 คน ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 3 คน ผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน ส่งต่อ 1 คน หลังจากได้รับการดูตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ลดลงเป็นระดับ 0 หรืออาการสงบจำนวน 9 คน และระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ระดับ 1 จำนวน 1 คน อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นตามปัญหาที่พบและจากความต้องการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการรายอื่น รวมไปถึงบุคลากรและสิ่งแวดล้อมปลอดภัยเป็นหลักนั้น ทำให้ได้ระบบงานที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง มีวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดี เป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงาน ช่วยให้ทีมบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งสนับสนุนจากการศึกษาการพัฒนาแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่ของธีระศิริสมุด พรทิพย์ วชิรติลล และอนุรัตน์ สมตน (2561) ได้พบข้อเสนอจากการวิจัยว่า ทุกพื้นที่ที่มีปัญหาด้านศักยภาพและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยควรมีการพัฒนาแนวทางรูปแบบบูรณาการ ควรประกอบด้วย 5 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/กลุ่มเสี่ยง/ญาติ 2) พัฒนาศักยภาพการเป็นชุมชนจัดการตนเอง ที่ประกอบด้วยบุคลากรละหน่วยงานในพื้นที่ 3) พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ได้แก่ การแจ้งเหตุและให้ คำปรึกษา การประเมินและควบคุม

สถานการณ์ ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและระบบการส่งต่อทุกระยะ พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบนำส่งผู้ป่วยในช่องทางพิเศษ 4) โรงพยาบาลจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และ 5) การบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการร่วมของหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย อีกทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นยังได้พัฒนาตนเองส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สินสอดคล้องกับการศึกษาของวิวรรณ วงศ์ตาชี (2560) ที่พบว่า ทีมพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับความปลอดภัย ทั้งต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยนี้มีการประเมินผลเพียงครั้งเดียว จึงควรมีการวิจัยซ้ำ โดยเพิ่มขนาดตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมายและศึกษาติดตามต่อไปในระยะยาว รวมทั้งนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้และประเมินผลอย่างต่อเนื่องซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและร่วมกันวางแผนปรับปรุงแก้ไข ประเมินผลและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลอาจสามารถต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวังป้องกัน การส่งต่อ การดูแลและติดตามทั้งในและนอกโรงพยาบาลรวมถึงเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ
2. วิจัยพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับเขตบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence)* สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 (Annual Report 2022)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ก่อกาล ศิริวัฒน์, วณิกาญจน์ คงสุวรรณ, และถนอมศรี อินทนนท์. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 26-36.
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2565). *นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2566*. https://mhso.dmh.go.th/page/subject_details.php?

- ธีระ ศิริสมุด, พรทิพย์ วชิรดิolk, และอนุรัตน์ สมตน. (2561). การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับเพิ่มเติม 2), S157-S171.
- นภัสสรณ์ รังสิโรจน์ม, ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, อรัญญา แพ้จ้อย, อมรัตน์ ชัยนนถิ, และนัชชารินทร์ ชำของกิจ. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(2), 181-203.
- บัวลอย แสนละมุล และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(3), 276-284.
- พรทิพย์ วชิรดิolk, ธีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ณรงค์ชัย วงศ์วาร, และอัญชลี เนื่องอุดม. (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) นนทบุรี.
- โรงพยาบาลอาจสามารถ. (2566). *รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาจสามารถ*. โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด.
- วิวรรธน์ วงศ์ตาชี. (2560). การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 4(2), 50-68.
- ศิริรัตน์ นิตยวัน. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่* [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. Chiang Mai University Digital Collection <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:112823>
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฏลดา น้าภา, อธิภา ธานี, และสุภาพร จันทรสาม. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(3), 207-219.
- Bemelmans, T. M. A. (1979). Strategic planning for research and development. *Long Range Planning*, 12(2), 33-44.
- Stevenson, K. N. (2014). *Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units* McMaster University [Master's thesis]. McMaster University. <https://macsthere.mcmaster.ca/handle/11375/16054>
- Yudofsky, S, Silver, J .M. & Jackson, W. (1998). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(3), 35-39.
- World Health Organization. (2019). *Mental health problems worldwide: Trends and statistics*. <https://www.who.int>

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในจังหวัดนครปฐม

สุภาพร เขยชิด*, ประภาพรรณ ขาวขำ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 และผู้ปกครอง จำนวน 280 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน แบบสเปียร์แมน และไคสแควร์

ผลการวิจัย : นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวอยู่ในระดับปานกลาง ($M=20.00$, $S.D.=6.64$) โดยขนมขบเคี้ยวที่บริโภคบ่อย คือ ลูกอม ($M=1.51$, $S.D.=.59$) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กวัยเรียน ได้แก่ ระดับชั้นที่ศึกษา ($p=.00$) เงินที่ได้รับมาโรงเรียน ($r=.11$, $p<.05$) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว ($r=.12$, $p<.05$) และพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของผู้ปกครอง ($r=.24$, $p<.01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนอื่นๆ เนื่องจากปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

คำสำคัญ : ปัจจัยคัดสรร, พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว, นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

Selected Factors Related to Snack Consumption Behavior of Students Grades 4-6 in Nakhon Pathom Province

Supapon Choeichit*, Prapaphan Kowkom**

Abstract

Purpose : This study is a descriptive research study. To study snack consumption behavior and to study the relationship among personal factors, family factors, and environmental factors on snack consumption behavior.

Design : Correlational Descriptive Research

Method : The sample group consisted of 280 students in grades 4-6 and including their parents. The sample was selected using stratified random sampling. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using descriptive analysis, Pearson correlation test, Spearman and chi-square models.

Main findings : The results of the study found that the students' behavior in consuming snacks was at a moderate level ($M=20.00$, $S.D.=6.64$). The snacks that were frequently consumed are candies ($M=1.51$, $S.D.=.59$). Factors related to snack consumption behavior of school-age children included the level of study ($p=.00$), money received from school ($r=.12$, $p<.05$), knowledge about snack consumption ($r=.12$, $p<.05$), and snack consumption behavior of parents ($r=.24$, $p<.01$).

Conclusion and recommendations : Other factors should be studied to find factors that are related to snack consumption behavior and nutritional status of other school age children because the factors studied in this study were found to have a low level of relationship.

Keywords: Selected factors, Snack consumption behavior, Students grades 4-6

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 51-65

* Instructor, Bachelor of Nursing Science Program. College of Nursing, Christian University of Thailand

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

Corresponding author email: prapaphank@christian.ac.th, Tel. 089-969-2811

Received: 16 August 2023, Revised: 21 September 2023, Accepted: 27 November 2023



ความสำคัญของปัญหาวินิจฉัย

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญกับทุกประเทศทั่วโลก ดังนั้นการดูแลให้เด็กมีความพร้อมในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่จากสภาพสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ ด้านพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวเป็นประจำ ซึ่งส่งผลให้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนตามมา ประกอบกับในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สื่อโฆษณาได้เข้ามามีอิทธิพลกับเด็กอย่างมาก (สุพัตรา นุตรักษ์ และวรรณไพร แยมมา, 2565) และการเข้าถึงร้านอาหารต่างๆ สามารถทำได้ง่ายมากขึ้น ทำให้เด็กไทยมีแนวโน้มการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นความเสี่ยงและภัยคุกคามต่อสุขภาพเด็กอย่างมาก

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กไทย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยร้อยละ 32.6 บริโภคทุกวัน นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กในระดับประถมศึกษามีการบริโภคขนมขบเคี้ยวตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ จำนวนเฉลี่ยวันละ 1-2 ถุง โดยนิยมบริโภคกลุ่มมันฝรั่งทอดร้อยละ 85.7 (ธนิดา โพธิ์ดี และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) พบว่า ประชากรกลุ่มเด็ก (อายุ 6-14 ปี) มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารว่างสูงสุด ร้อยละ 89.2 โดยสิ่งที่คำนึงถึงเป็นอันดับแรกก่อนเลือกซื้ออาหาร คือ ความชอบ ร้อยละ 22.1 รองลงมาคือ รสชาติ ร้อยละ 18.5 จากพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากในขนมขบเคี้ยวมีส่วนประกอบของแป้งขัดขาว

น้ำตาลในปริมาณสูง และมีกากใยอาหารน้อย หากมีการบริโภคบ่อยครั้ง จะทำให้เกิดไขมันสะสมอยู่ในร่างกายจำนวนมาก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 คือ ระดับชั้นที่ศึกษา เงินที่ได้รับมาโรงเรียน ความรู้ ทักษะ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ปกครอง และการเข้าถึงขนมขบเคี้ยว (นันทินันท์ วัฒนทรัพย์เชื้อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มาร์โอ, 2560; อุไรวรรณ ไม้กร่าง อังคณา ชันตรีจิตตานนท์ และณณมล ศราธพันธ์, 2562; ธนิดา โพธิ์ดีและคณะ, 2564; วารุณี สุดตา และคณะ, 2565) จากปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner) (Ettel & Mahoney, 2017) ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมของเด็กจะเปลี่ยนแปลงตามบริบทที่พวกเขาเติบโตขึ้น โดยอธิบายจากบริบทที่อยู่ใกล้ตัวเด็กมากที่สุดออกไปไกลสุด ซึ่งระบบต่างๆ มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันและมีอิทธิพลต่อตัวเด็กจากการประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner ทำให้มีการแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เป็นปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

โรงเรียนวัดไร่จิง (สุนทรอุทิศ) เป็นโรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2 ตั้งอยู่ในเขตอำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม เปิดทำการสอนตั้งแต่ระดับอนุบาล-ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ถือว่าเป็นช่วงวัยเรียนและเริ่มมีความเป็นอิสระ สามารถเลือกบริโภคอาหารเองได้ จึงเป็นการเพิ่มโอกาสในการที่

เด็กวัยเรียนเหล่านี้สามารถเลือกบริโภคอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ นอกจากนั้นเขตพื้นที่ของโรงเรียนวัดไร่ขิง (สุนทรอุทิศ) เองยังเป็นแหล่งชุมชนขนาดใหญ่มีจำนวนร้านค้าที่มาก ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงการเลือกซื้อขนมขบเคี้ยวที่ง่าย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการเลือกซื้อขนมขบเคี้ยวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 (วารุณี สุดตา และคณะ, 2565) ดังนั้นเด็กวัยเรียนในกลุ่มนี้จึงมีทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการเลือกซื้อขนมขบเคี้ยวของเด็กนักเรียนทั้งสิ้น หากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีการเลือกบริโภคขนมขบเคี้ยวอย่างเหมาะสม ก็จะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีเหมาะสมตามวัย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ยังน้อยอยู่และยังไม่มีการศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในจังหวัดนครปฐม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารขบเคี้ยวในจังหวัดนครปฐม ซึ่งนำไปสู่การส่งเสริมให้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่เหมาะสมและนำมาสู่การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

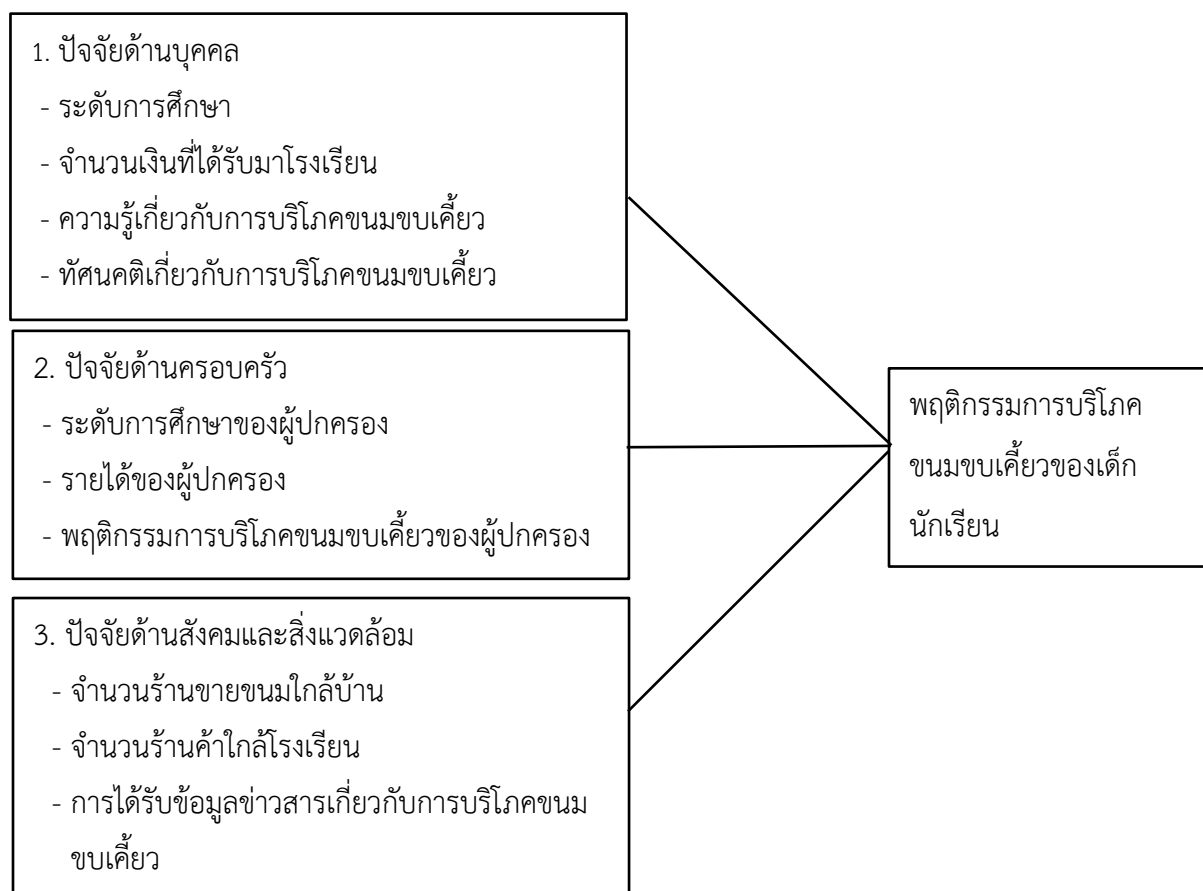
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดไร่ขิง (สุนทรอุทิศ) อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดไร่ขิง (สุนทรอุทิศ) อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดไร่ขิง (สุนทรอุทิศ) อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์จากแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา ของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner) (Ettel & Mahoney, 2017) ซึ่งทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม และจากการประยุกต์ทำให้ได้รูปแบบของปัจจัยคัดสรรที่ได้มีการศึกษาผ่านมามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียน ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว (อภิญา อุตรชัย และกษิ เรืองไชย, 2561; ธนิตา โพธิ์ดี และคณะ, 2564; วารุณี สุดตา และคณะ, 2565) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของผู้ปกครอง (สุธีรา บัวทอง, 2550; นันธิณี วังนันท นพวรรณ เปียชื่อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มาร์โอ, 2560; สุชาดา ธรรมเจริญ, 2560) และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนร้านขายขนมใกล้บ้าน จำนวนร้านค้าใกล้โรงเรียน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว (อุไรวรรณ ไหมกร่าง อังคณา ชันตรีจิตรานนท์ และณมล ศราธพันธ์, 2562; วารุณี สุดตา และคณะ, 2565) ดังกรอบแนวคิดการวิจัยในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีอายุระหว่าง 10-12 ปี ในโรงเรียนวัดไร่ขิง (สุนทรอุทิศ) อำเภอสามปราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 780 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดไร่ขิง (สุนทรอุทิศ) อำเภอสามปราน จังหวัดนครปฐม และผู้ปกครอง ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณของ Krejcie and Morgan (1970) โดยประชากร 780 คน ยอมรับในความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ

0.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 257 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 10 (วราพรรณ ไหมเหลือง และคณะ, 2563) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 282 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 280 คน จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ แบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็น 3 ระดับชั้นเรียน คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 5 และ 6 แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามสัดส่วนจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ปกครองต้องเป็นบุคคลที่เด็กนักเรียนระบุว่าเป็นผู้ดูแลหลัก และทั้งเด็กและผู้ปกครองยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบทั้งสิ้น 280 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ดัดแปลงมาจาก สุธีรา บัวทอง (2550) ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามของเด็กนักเรียน และ 2) แบบสอบถามของผู้ปกครอง

แบบสอบถามของนักเรียน ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ได้แก่ เพศ ระดับชั้นที่ศึกษา เงินที่ได้รับไปโรงเรียน จำนวนร้านค้าใกล้บ้านและโรงเรียน

2. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว ดัดแปลงมาจากสุธีรา บัวทอง (2550) ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว จำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน การแปลผลคะแนนจากคะแนนเฉลี่ยโดยรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2558) คือ มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับต่ำ (0.00-3.67) มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับปานกลาง (3.68-7.35) และมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวระดับสูง (7.36-11.00)

3. ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคของนักเรียน ดัดแปลงมาจากสุธีรา บัวทอง (2550) ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อการบริโภคขนมขบเคี้ยว จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็นความคิดเห็นต่อลักษณะขนมขบเคี้ยว จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-5, 8) และความคิดเห็นต่อผลที่ได้จากการบริโภค จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 6-7, 9) เกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน เฉยๆ ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน และทำการกลับ

ค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 9-27 คะแนน การแปลผลคะแนนจากคะแนนเฉลี่ยโดยรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2558) คือ มีทัศนคติเกี่ยวกับบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับต่ำ (9.00-15.99) มีทัศนคติเกี่ยวกับบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับปานกลาง (16.00-21.99) และมีทัศนคติเกี่ยวกับบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับสูง (22.00-27.00)

4. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ดัดแปลงมาจากสุธีรา บัวทอง (2550) ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลที่ชักชวนให้บริโภคขนมขบเคี้ยว ส่วนประกอบและผลจากการบริโภคขนมขบเคี้ยว แบ่งเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารเชิงลบ คือ คนในครอบครัว เพื่อน และโฆษณาต่างๆ และแหล่งข้อมูลเชิงบวก คือ ครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สุธีรา บัวทอง, 2550) แหล่งละ 3 ข้อ คำถาม รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เคยให้ 1 คะแนน ไม่เคยให้ 0 คะแนน และทำการกลับค่าคะแนนในแหล่งข้อมูลที่เป็นเชิงลบ มีค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้ 0-12 คะแนน การแปลผลคะแนนจากคะแนนเฉลี่ยโดยรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2558) คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับต่ำ (0.00-4.99) การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับปานกลาง (5.00-8.99) และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับสูง (9.00-12.00)

5. พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ดัดแปลงมาจากสุธีรา บัวทอง (2550) ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวทั้งชนิดและปริมาณในการบริโภคแต่ละครั้ง รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ การเป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เคยกิน 1

คะแนน จนถึงบริโภคทุกวัน 4 คะแนน และทำการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 10-40 คะแนน การแปลผลคะแนนจากคะแนนเฉลี่ยโดยรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2558) คือ พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับต่ำ (9.00-18.99) พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับปานกลาง (19.00-27.99) และพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับสูง (28.00-36.00)

แบบสอบถามของผู้ปกครอง ประกอบด้วย 2 ด้าน (สุธีรา บัวทอง, 2550) ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จำนวนร้านขายขนมใกล้บ้าน และใกล้โรงเรียน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวของผู้ปกครอง

2. พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของผู้ปกครอง โดยสอบถามถึงพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวทั้งชนิดและปริมาณในการบริโภคแต่ละสัปดาห์ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ การตอบเป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เคยกิน 1 คะแนน จนถึงบริโภคทุกวัน 4 คะแนน และทำการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 10-40 คะแนน การแปลผลคะแนนจากคะแนนเฉลี่ยโดยรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับต่ำ (9.00-18.99) พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับปานกลาง (19.00-27.99) และพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวในระดับสูง (28.00-36.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้าน

โภชนาการ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ชุดแบบสอบถามของนักเรียนในด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว และด้านพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว เท่ากับ 1, 0.89, 0.83 และ 1 ตามลำดับ และได้ค่าความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .97 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของผู้ปกครอง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเด็กนักเรียนและผู้ปกครองที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ชุดแบบสอบถามของนักเรียนในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว และด้านพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว เท่ากับ .80 และ .84 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของผู้ปกครอง เท่ากับ .81 และด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว ได้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson, KR-20) เท่ากับ .81 และ .80 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียนวัดไร่จิง (สุนทร อุทิศ) เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน ขอรายชื่อนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มได้และ

ครูประจำชั้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการดำเนินการ ผู้วิจัยฝากเอกสารยินยอมและเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้กับครูประจำชั้น เพื่อมอบให้กับผู้ปกครองลงนามยินยอมให้เก็บข้อมูลของตนเองและบุตร และให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นให้ผู้ปกครองส่งเอกสารคืนที่ครูประจำชั้น ซึ่งผู้วิจัยนัดหมายกับครูประจำชั้น ในสัปดาห์ถัดไปเพื่อขอเก็บเอกสารคืน เมื่อผู้วิจัยได้รับเอกสารจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเด็กนักเรียน โดยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่หอประชุมโรงเรียนวัดไร่ขิง (สุนทรอุทิศ)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (เอกสารรับรองเลขที่ บ.02/2565) เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2565 และผู้อำนวยการโรงเรียนวัดไร่ขิง (สุนทรอุทิศ) จากนั้นผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และครูประจำชั้น พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา การเสนองานวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมและจะทำลายข้อมูลทั้งหมดเมื่อมีการเผยแพร่งานวิจัยเรียบร้อยแล้ว

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนและผู้ปกครอง ใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (ระดับชั้นเรียน) ปัจจัยด้านครอบครัว

(ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง) กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว) ปัจจัยด้านครอบครัว (รายได้ของครอบครัว) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว) กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (เงินที่ได้รับมาโรงเรียน) ปัจจัยด้านครอบครัว (พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ปกครอง) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (จำนวนร้านค้าใกล้บ้าน และจำนวนร้านค้าใกล้โรงเรียน) กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ด้วยสถิติแบบสเปียร์แมน (Spearman rank moment correlation) เนื่องจากเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Fisher skewness coefficient พบว่ามีการมากกว่า 1.96 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.10 รองลงมาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 43.90 ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 ร้อยละ 34.30, 33.20 และ 32.50 ตามลำดับ ได้รับเงินมาโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 52.83 บาท (SD=22.90) จำนวนร้านค้าใกล้บ้านเฉลี่ย 2.32 ร้าน (SD=1.19) มีร้านค้าใกล้โรงเรียน 10 ร้าน นักเรียนทุกคนเข้าร่วมโครงการอาหารกลางวัน

นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M=6.10, SD=2.16) ข้อที่มีความรู้มากที่สุด คือ ขนมขบเคี้ยว

เป็นสาเหตุของโรคอ้วน เท่ากับ ($M=91$, $SD=.28$)
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวโดยเฉลี่ย
อยู่ในระดับปานกลาง ($M=18.50$, $SD=2.91$) โดย
นักเรียนจะรู้สึกอายนเพื่อนเมื่อกินผลไม้ ในขณะที่
เพื่อนกินขนมขบเคี้ยว ($M= 2.40$, $SD=.63$) การได้รับ
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวโดย
เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M=5.61$, $SD=1.78$)
โดยได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารที่มาจากครูและ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ($M=1.95$, $SD=.86$)

ผู้ปกครองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 38.90) ประกอบอาชีพ
รับจ้าง ร้อยละ 62.90 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว
เดือนละ 18,946.07 บาท ($M=7,711$) ผู้ปกครอง
ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภค

ขนมขบเคี้ยว (ร้อยละ 52.50) และได้รับข้อมูลข่าวสาร
จากสื่อโฆษณา (ร้อยละ 20.00) พฤติกรรมการบริโภค
อาหารของผู้ปกครอง โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง
($M=25.68$, $SD=4.79$) ขนมขบเคี้ยวโดยเฉลี่ยที่
บริโภคบ่อยที่สุด คือ ขนมกรุบกรอบ ($M=2.09$,
 $SD=.68$)

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคขนม
ขบเคี้ยวของนักเรียนด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ พบว่า
ส่วนใหญ่โดยเฉลี่ยมีพฤติกรรมการบริโภคขนมขบ
เคี้ยวอยู่ในระดับปานกลาง ($M=20.00$, $SD=6.64$)
ขนมขบเคี้ยวที่บริโภคมากโดยเฉลี่ย คือ ลูกอม
($M=1.51$, $SD=.59$) และขนมกรุบกรอบ ($M=1.83$,
 $SD=.89$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนจำแนก
เป็นรายข้อ ($n=280$)

พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว	M	SD	แปลผล
1. พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวแต่ละประเภท			
1.1 ขนมกรุบกรอบ	1.83	.89	ต่ำ
1.2 ปลาเส้นอบกรอบ	1.86	.87	ต่ำ
1.3 เมล็ดพืชอบแห้ง	2.46	1.05	ปานกลาง
1.4 ลูกอม	1.99	.89	ต่ำ
1.5 เวเฟอร์	2.11	.91	ปานกลาง
1.6 เยลลี่	2.03	.84	ปานกลาง
1.7 ลูกอม ทอฟฟี่	1.51	.59	ต่ำ
1.8 ช็อคโกแลต	2.06	1.00	ปานกลาง
1.9 หมากฝรั่ง	1.90	.95	ต่ำ
1.10 ข้าวโพดอบกรอบ	2.21	.95	ปานกลาง
2. พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวโดยรวม (Min=10, Max=34)	20.00	6.64	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่าระดับชั้นเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ($\chi^2 = 81.06$,

$p < .01$) แต่ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน (n=280)

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน			χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ปัจจัยด้านบุคคล					
ระดับชั้นเรียน					
- ประถมศึกษาปีที่ 4	74 (77.10)	21 (21.90)	1 (1.00)	81.06	00**
- ประถมศึกษาปีที่ 5	13 (14.00)	55 (59.10)	25 (26.90)		
- ประถมศึกษาปีที่ 6	36 (39.60)	38 (41.80)	17 (18.70)		
ปัจจัยด้านครอบครัว					
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง					
- มัธยมศึกษาตอนต้น	24 (43.60)	25 (45.50)	6 (10.9)	1.19	.55
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	44 (40.40)	46 (42.20)	19 (17.40)		
- อนุปริญญา	27 (46.60)	22 (37.90)	9 (15.50)		
- ปริญญาตรี	28 (48.30)	21 (36.20)	9 (15.50)		

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบ

เคี้ยวของนักเรียน ($r = .12$, $p < .05$) โดยทัศนคติและการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวและรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว รายได้ของครอบครัว กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ($n=280$)

	ความรู้เกี่ยวกับ การบริโภค ขนมขบเคี้ยว	ทักษะเกี่ยวกับ การบริโภค ขนมขบเคี้ยว	การได้รับข่าวสาร เกี่ยวกับการบริโภค ขนมขบเคี้ยว	รายได้ต่อ เดือน	จำนวน ร้านค้าใกล้ โรงเรียน	พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร ของนักเรียน
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1)	1					
(2)	.02	1				
(3)	.13*	-.02	1			
(4)	.00	-.96	-.00	1		
(5)	.03	-.02	.72	.01	1	
(6)	.12*	.00	.04	.05	-.00	1

* $p<.05$

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติแบบ
สเปียร์แมน (Spearman rank moment correlation)
เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ พบว่า เงินที่
ได้รับมาโรงเรียน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของ
นักเรียน ($r=.11, p<.05$ และ $r=.24, p<.01$ ตามลำดับ)
อย่างไรก็ตามจำนวนร้านค้าใกล้บ้านไม่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน
ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างเงินที่ได้รับมาโรงเรียน จำนวน
ร้านค้าใกล้บ้าน พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของ
นักเรียน ($n=280$)

	เงินที่ได้รับมา โรงเรียน	จำนวนร้านค้า ใกล้บ้าน	พฤติกรรมการบริโภค ขนมขบเคี้ยวของผู้ปกครอง	พฤติกรรมการบริโภค อาหารของนักเรียน
	(1)	(2)	(3)	(4)
(1)	1			
(2)	.12*	1		
(3)	.06	-.10	1	
(4)	.11*	.00	.24**	1

* $p<.05$, ** $p<.01$

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดไร่ขิง อำเภอสามปราน จังหวัดนครปฐม

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัชฎากร พิศมร และเอกสิทธิ์ ไชยปิ่น (2564) และเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวประเภทลูกอม ขนมกรุบกรอบ ปลาเส้นอบกรอบ หมากฝรั่งและคุกกี้ บ่อยที่สุด รองลงมา คือ เยลลี่ ช็อคโกแลต เวเฟอร์ ข้าวโพดอบกรอบ และเมล็ดพืชอบแห้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ขนมขบเคี้ยวที่เด็กนักเรียนบริโภคบ่อยที่สุด คือ ขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 85.70 และกลุ่มที่มีการบริโภคน้อย คือ กลุ่มถั่วและธัญพืชต่างๆ ร้อยละ 0.60 สามารถอธิบายได้ว่า เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เลือกบริโภคขนมขบเคี้ยวโดยพิจารณาจากความอร่อยเป็นหลัก มากกว่าการคำนึงถึงสารอาหาร และขนมขบเคี้ยวได้ผ่านการปรุงรสที่ช่วยให้อาหารมีรสชาติที่อร่อย ดังนั้นจึงเป็นขนมขบเคี้ยวที่เด็กนักเรียนเลือกบริโภคมากกว่าธัญพืช (วารุณี สุดตา และคณะ, 2565; ธนิดา โพธิ์ดี และคณะ, 2564; สโรชา นันทพงศ์ นฤมล ศราทพันธุ์ และอภิญญา หิรัญวงษ์, 2557)

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดไร่ขิง (สุนทรอุทิศ) อำเภอสามปราน จังหวัดนครปฐม

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล คือ ระดับชั้น และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ

พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเด็กเรียนในระดับที่สูงขึ้นสามารถเข้าถึงการบริโภคขนมขบเคี้ยวได้ง่าย โดยเด็กนักเรียนสามารถที่จะเลือกขนมขบเคี้ยวมารับประทานเองได้ จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ระดับการศึกษาและความรู้ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยเฉพาะในเด็กที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความรู้และมีพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่ไม่เหมาะสมมากกว่าเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น (วารุณี สุดตา และคณะ, 2565; Batubara, Arief & Krisnana, 2020) เงินที่ได้รับมาโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเด็กนักเรียนได้รับเงินมาโรงเรียนมากจึงมีโอกาสใช้เงินในการซื้อขนมขบเคี้ยวที่มีรสชาติอร่อย อีกทั้งการควบคุมการเลือกซื้อขนมขบเคี้ยวในโรงเรียนเป็นไปได้ยาก ทางโรงเรียนจึงควรให้ความรู้ความตระหนักเพื่อส่งเสริมการบริโภคของนักเรียนให้ถูกต้อง และเหมาะสมตามวัย (ชัชฎากร พิศมร และเอกสิทธิ์ ไชยปิ่น, 2564)

ปัจจัยด้านครอบครัว คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวล้วนเป็นแบบอย่างแก่เด็ก (อุไรวรรณ ไม้กร่าง อังคณา ชันตรีจิตรานนท์ และนฤมล ศราทพันธุ์, 2562; Batubara, Arief & Krisnana, 2020) โดยเด็กวัยเรียนเป็นวัยเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว (สุพัตรา นุตรักษ์ และวรรณไพร แยมมา, 2565) ผู้ปกครอง

เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็ก และเป็นผู้ดูแลในการจัดเตรียมขนมขบเคี้ยวให้กับเด็ก ดังนั้น จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน

ทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (วารุณี สุดตา และคณะ, 2565; Batubara, Arief & Krisnana, 2020) สามารถอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกัน และการเลี้ยงดูบุตรที่ต่างกันของผู้ปกครองอาจทำให้บุคคลมีทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่แตกต่างกันจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เป็นการศึกษาในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ซึ่งเป็นช่วงเด็กวัยเรียน โดยเด็กวัยนี้ยังไม่มีพัฒนาด้านทัศนคติอย่างชัดเจน เนื่องจากเด็กช่วงวัยนี้จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวอย่างของบิดา มารดา และผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ การที่เด็กจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ย่อมเกิดจากการดูตัวอย่างจากผู้ปกครอง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการซื้ออาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ (นงนุช ใจชื่น และ พุฒปัญญา เรืองสม, 2558) ดังนั้นทัศนคติจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 นอกจากนี้ การรับประทานอาหารยังเป็นครูและผู้ปกครองที่เป็นผู้จัดหาอาหารให้บริโภคเป็นส่วนใหญ่ทั้งตอนอยู่ที่บ้านและโรงเรียน ทำให้เด็กยังไม่มีทัศนคติต่อการเลือกบริโภคขนมขบเคี้ยว (นันทินี วังนันทน์ นพวรรณ เปียชื่อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มาร์อุ, 2560) ประกอบกับเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้น้อย เมื่อเทียบกับช่วงชั้นอื่น จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวน้อยเมื่อเทียบกับชั้นเรียนอื่นๆ ทัศนคติจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว สำหรับระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ (สุชาดา ธรรมเจริญ, 2560) สามารถอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันส่งผลต่อความรู้ที่แตกต่างกัน และระดับความรู้ที่ต่างกันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่ต่างกัน (วารุณี สุดตา และคณะ, 2565; Batubara, Arief & Krisnana, 2020) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จึงเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่คล้ายกัน ดังนั้นจึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวที่ไม่แตกต่าง

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยว รายได้ของครอบครัว จำนวนร้านค้าใกล้บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าเด็กนักเรียนสามารถที่จะเลือกบริโภคอาหารเองได้ แต่เมื่ออยู่บ้านผู้ปกครองยังเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ และเมื่ออยู่โรงเรียนครูก็ยังเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ จึงทำให้พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กไม่แตกต่างกัน (นันทินี วังนันทน์ นพวรรณ เปียชื่อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มาร์อุ, 2560)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยโรงเรียนสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการเลือกบริโภคขนมขบเคี้ยวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ด้านการศึกษา ครูอนามัยโรงเรียนสามารถนำผลของการวิจัยมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในการเลือกบริโภคขนมขบเคี้ยวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	โดยส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรม
ควรทำการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยน	การบริโภคขนมขบเคี้ยวเด็กวัยเรียนให้ถูกต้อง
พฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียน	เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ (ครั้งที่ 8). บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- ชัชฎาภรณ์ พิศมร และเอกสิทธิ์ ไชยปิ่น. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านไร่ จังหวัดน่าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(3), 71-83.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2558). เทคนิคการเขียนเค้าโครงการวิจัย : แนวทางสู่ความสำเร็จ. อมรการพิมพ์.
- ธนิดา โพธิ์ดี, ทิพย์ฤทัย ประยูรวงษ์, ปิยนุช ทับโพธิ์, พัชราภรณ์ เอี่ยมเสม, และเมธาวี บำรุงพินิจถาวร. (2564). พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 26(1), 62-76.
- นงนุช ใจชื่น และพุดปีญญา เรืองสม. (2558). การสื่อสารการตลาดอาหารในโรงเรียนกับทัศนคติ พฤติกรรมการซื้อและการบริโภคอาหารของเด็กประถมศึกษา. (รายงานผลการวิจัย). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/7b2747b274e70-4146-ea11-80e8-00155d09b41f>
- นันทินีย์ วังนันท์, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และสุจินดา จารุพัฒน์ มาร์โอ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารสภากาชาดพยาบาล*, 32(4), 55-66.
- วราพรรณ ไหมเหลือง, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, ชัดเจน จันทรพัฒน์, และกัลยา ต้นสกุล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11*. (น. 1938-1956). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. <https://www.hu.ac.th/Conference/proceedings2020/index.html#intro>
- วารุณี สุดตา, พิมพ์อนงค์ แพร่ต่วน, ศุภณัฐ คงหอม, และสุวัฒนา เกิดม่วง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยว และเครื่องดื่มที่มีรสหวานในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 10(4), 473-487.
- สโรชา นันทพงศ์, นฤมล ศราธพันธุ์, และอภิญา หิรัญวงศ์. (2557). ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและพฤติกรรมการจัดอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครองโรงเรียนรัฐบาลจังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยเกษตรศาสตร์ (สังคม)*, 35(2), 235-244.



- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร 2560. https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web*/ewt_news.php?nid=22149
- สุชาดา ธรรมเจริญ. (2560). พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเทพนิมิตรศึกษา จังหวัดสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร]. https://repository.rmutp.ac.th/bitstream/handle/123456789/3027/HEC_62_11.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- สุธีรา บัวทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวานในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ของโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล]. <https://books.google.co.th/books?id=raxPNQEACAAJ>
- สุพัตรา นุตรักษ์ และวรรณไพโร ยิ้มมา. (2565). การพยาบาลเด็กเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กทุกช่วงวัย. บริษัท นีโอดีจิตอล จำกัด.
- อภิญา อุดระชัย และกริช เรืองไชย (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มรสหวานและภาวะโภชนาการของในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี, 95-102. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/npuj/article/view/08337/87987>
- อุไรวรรณ ไม้กร่าง, อังคณา ชันตรีจิตตานนท์, และนฤมล ศรราชพันธ์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของวัยรุ่นนัโรงเรียนของรัฐในกรุงเทพมหานคร. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์, 34(3), 18-26.
- Batubara O., Arief Y.S., & Krisnana I. (2020). Factors associated with student snacking consumption. *Eurasia Journal of BioSciences*, 14(2), 2669-2673.
- Ettekal A.V., & Mahoney J.L. (2017). *The SAGE encyclopedia of out-of-school learning*. SAGE Publications, Inc.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement*, 30(1), 607-610.
- Upreti Y.R., Bastien S., Bjonnness B., & Devkota B. (2020). Socio-ecological factors associated with snacking behaviors of basic school students in nepal. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal*, 8(3), 774-784.

การปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ดวงแข สุขศิลป์*, อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์*, สลักจิต สุวรรณสาคร*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลโรงพยาบาลสมุทรสาคร และศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลโรงพยาบาลสมุทรสาคร

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 173 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี อายุ 20-30 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29 ปี มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 การปฏิบัติในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หมวดที่ปฏิบัติได้มากที่สุดคือ หมวดการเตรียมก่อนการให้สารน้ำ (ร้อยละ 92.63) รองลงมาคือหมวดการให้สารน้ำ (ร้อยละ 84.47) หมวดการดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (ร้อยละ 84.48) และหมวดการเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ (ร้อยละ 79.33) ทั้งนี้มีขั้นตอนปฏิบัติบางหมวดที่ยังไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด

สรุปและข้อเสนอแนะ: การส่งเสริมให้พยาบาลใช้แนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่เป็นมาตรฐานและเป็นแนวทางเดียวกัน เป็นสิ่งสำคัญเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

คำสำคัญ: พยาบาล, การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, หลอดเลือดดำส่วนปลาย



Peripheral Intravenous Fluids Administration Practices among Nurses in Samut Sakhon Hospital

Duangkhae Suksin*, Oorawan Somboonjun*, Salakjit Suwansrisakhon*

Abstract

Purpose: To study the peripheral intravenous fluid administration practices among hospital nurses in Samut Sakhon hospital and to study the relationship between period of work and nurse administration of peripheral intravenous fluid.

Design: Descriptive research

Method: The sample group consisted of 173 professional nurses. The research instruments were a general data form and an observational recording form of nurses' practices in administering intravenous fluids with an inter-rater reliability of 0.88 Data were analyzed using descriptive statistics and correlational analysis using Spearman's rank correlation coefficient.

Main findings: Most of the sample group were 20-30 years old and had less than 5 years of experience caring for patients receiving intravenous fluids. The most practical category of intravenous fluid administration is preparation before fluid administration (92.63%) following by fluid administration (84.47%), patient care during peripheral intravenous fluid administration (84.48%) and changing intravenous fluids and fluid infusion sets (79.33%). However, there were some procedures that were not completed as required.

Conclusion and recommendations: Enhancing standard nursing practice for peripheral infusion therapy is essential to provide safety for patients and increase quality of care provided by nurses.

Keywords: Nurse, Infusion therapy, Peripheral vein

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 66-85

* Registered Nurse, Professional level, Samut Sakhon Hospital

Corresponding author, e-mail Pkhao@gmail.com, Tel. 092-3853642

Received: 24 October 2023, Revised: 30 November 2023, Accepted: 13 December 2023

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นวิธีการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหหรือป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากหรือต้องการความรวดเร็วในการแก้ปัญหที่เกิดขึ้น โดยแพทย์เป็นผู้พิจารณากำหนดแผนการรักษา พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยให้ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ซึ่งอาจให้ในรูปของสารน้ำ สารอาหาร เลือดทุกส่วนหรือองค์ประกอบของเลือด การสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อให้สารน้ำเป็นการรักษาที่ปฏิบัติเป็นประจำในทุกโรงพยาบาล โดยพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 60 ได้รับการรักษาโดยวิธีดังกล่าว (O'Grady et al., 2011) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายแก่ผู้ป่วย (ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์, 2560) ภาวะแทรกซ้อนจากการสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ การรั่วของสารน้ำหรือยาออกนอกหลอดเลือด หลอดเลือดดำอักเสบ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์การติดเชื้อ ทั้งการติดเชื้อเฉพาะที่ และการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีการศึกษาพบการติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ 6.20 (วิลาวณย์ พิเชียรเสถียร และคณะ, 2557) การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Phlebitis) มีความ

รุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ถึง ระดับ 4 (Grade 1-4) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์, 2560) ทำให้เกิดอาการปวด บวม แดง ร้อน และ/หรือเห็นลําหลอดเลือดได้

โรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 626 เตียง มีผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในปี พ.ศ. 2563-2565 สูงถึงร้อยละ 73.58, 60.16 และ 65.14 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลทั้งหมดตามลำดับ จากข้อมูลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ในปี 2563-2565 พบอัตราการเกิดการอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 0.15, 0.08 และ 0.17 ต่อ 1,000 วันให้สารน้ำตามลำดับ (รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาโรงพยาบาลสมุทรสาคร) แม้โอกาสเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจะเกิดขึ้นน้อย แต่เมื่อเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรง นั่นคือการติดเชื้อที่แพร่กระจายไประบบอื่นๆ ของร่างกาย ทำให้เพิ่มอัตราการป่วย ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าอาการจะดีขึ้น ส่งผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์, 2560; กาญจนา อุดมอัษฎาพร และมยุรี พรหมรินทร์, 2561) โรงพยาบาลสมุทรสาครมีวิธปฏิบัติกรพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติกลางในการให้สารน้ำทั่วไป (กลุ่มงานควบคุมและ



ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสมุทรสาคร, 2565) อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ไม่มีการประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่ให้สารน้ำ ไม่ระบุการเลือกตำแหน่งที่ให้สารน้ำที่เหมาะสม ขาดการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาล ยังมีการปฏิบัติในเรื่องการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายไม่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากอายุในการทำงานน้อย การขาดประสบการณ์ และอื่นๆ สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้พยาบาลบางส่วนยังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายไม่ได้ตรงตามวิธีปฏิบัติ เป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ (พุทธิมา สุวรรณสุนทร และอภิญา พรหมวิกร, 2562) ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาพยาบาลบางส่วนไม่ได้รับการอบรมให้ความรู้ เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิธีการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อ

สามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

สมมติฐานการวิจัย

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับวิธีปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาล

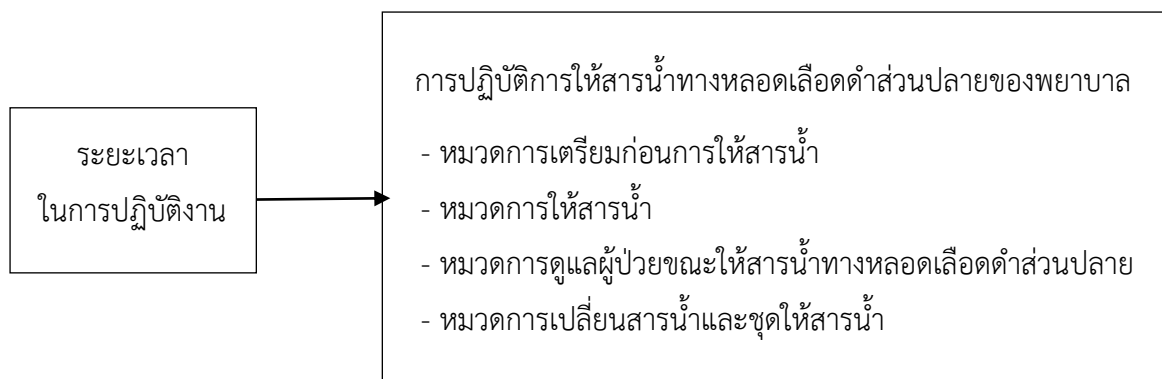
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral line) เป็นการรักษาทางการแพทย์ ในการให้สารละลาย สารอาหาร ยา เลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อรักษาสมดุลเกลือแร่ บรรเทาพยาธิสภาพของโรค และฟื้นฟูสุขภาพให้สู่ภาวะปกติโดยเร็ว เป็นการรักษาที่พบมาก ในผู้ป่วยเกือบทุกราย การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จึงเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำ สมรรถนะพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ประเมิน ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายอย่างปลอดภัย



พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น หลอดเลือดดำอักเสบ รวมทั้งปัจจัยและสาเหตุต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิดที่กล่าวมาผู้วิจัยนำมาใช้เป็นพื้นฐานการศึกษาวิธีปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลไปสู่การปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 321 คน ยกเว้นหน่วยงานกุมารเวชกรรมทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการสุ่มโดยการจับฉลากหน่วยงาน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 โดยใช้ตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 175 คน ประกอบด้วย หน่วยงานดังนี้ ICU 2 จำนวน 12 คน, ICU 3 จำนวน 13 คน, Stroke unit

จำนวน 12 คน, อายุรกรรมชาย 1 จำนวน 13 คน, อายุรกรรมชาย 2 จำนวน 11 คน, อายุรกรรมหญิง 1 จำนวน 13 คน, อายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 12 คน, ศัลยกรรมชาย 1 จำนวน 12 คน, ศัลยกรรมหญิง จำนวน 12 คน, พิเศษรวมใจ จำนวน 15 คน, พิเศษ 38 ปี ชั้น 4-5 จำนวน 12 คน, พิเศษแม่ชั้น 7 จำนวน 8 คน, พิเศษอายุรกรรมชั้น 9 จำนวน 10 คน, พิเศษศัลยกรรม ชั้น 11 จำนวน 10 คน และพิเศษสงฆ์อาพาธ ชั้น 12 จำนวน 10 คน แต่จากการเก็บข้อมูลได้จำนวน 173 คน เนื่องจากติดภารกิจในช่วงที่เก็บข้อมูล



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ อายุ ตำแหน่งการทำงาน ระดับการศึกษาสูงสุด หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล และการเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

2. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกัน การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ร่วมกับแนวปฏิบัติทางคลินิกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยแบบสังเกตจะรายงานผลเป็นการปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ (ตอบปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน) ประกอบไปด้วยหมวดการเตรียมก่อนการให้สารน้ำ หมวดการให้สารน้ำ หมวดการดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และหมวดการเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ โดยสังเกตจากการเตรียมก่อนการให้สารน้ำจนครบขั้นตอนการเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ซึ่งแบบสังเกตวิธีปฏิบัติการ

ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาครมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และตรวจสอบค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater) มีค่าเท่ากับ 0.88

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นเอกสารขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล กลุ่มการพยาบาลและพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย 15 หน่วยงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาล Infection control ward nurse (ICWN) ของหน่วยงานนั้นๆ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั้ง 15 หน่วยงาน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

4. แจกแบบสังเกตให้พยาบาล ICWN เพื่อเก็บข้อมูลกับพยาบาลในหน่วยงาน หลังจากนั้นประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าไปรวบรวมแบบสังเกตด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ทั้งนี้การสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลโดยพยาบาล ICWN เมื่อมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายแก่ผู้ป่วย ตามแนวปฏิบัติการให้



สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และบันทึกผลการสังเกตที่ได้ ในแต่ละข้อของแนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายว่าปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ซึ่งระยะเวลาในการสังเกตจะเริ่มนับตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมก่อนการให้สารน้ำ การให้สารน้ำ การดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตลอดจนการเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC 52/2566/V.1 ลงวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ในการดำเนินการวิจัยทุกระยะ ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีการแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ร่วมกับอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิ่งที่ผู้วิจัยต้องการความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับ พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัย มีสิทธิตอบปฏิเสธหรือเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัย ได้

ถูกเก็บเป็นความลับและวิเคราะห์ในภาพรวม โดยประโยชน์ที่ได้ จะใช้ในการวิจัยเท่านั้น และไม่มีผลกระทบต่อการพิจารณาความดีความชอบของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ตกลงเข้าร่วมวิจัย ลงนามในแบบฟอร์ม ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาล แจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาล (ตามช่วงเวลาของการปฏิบัติงาน) กับการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ทั้งนี้ การกำหนดระดับความสัมพันธ์ใช้ตามเกณฑ์ของ Munro (2005)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (n=173)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
	หญิง	172	99.40
	ชาย	1	0.60
อายุ (ค่าพิสัย=36, ค่าเฉลี่ย=29.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=8.13)			
	20-30 ปี	116	67.10
	31-40 ปี	36	20.80
	41-50 ปี	16	9.20
	51-60 ปี	5	2.90
วุฒิการศึกษา			
	ปริญญาตรี	173	100.00
ตำแหน่งงาน			
	พนักงานข้าราชการ	29	16.80
	พยาบาลระดับปฏิบัติการ	80	46.20
	พยาบาลระดับชำนาญการ	52	30.10
	ลูกจ้างชั่วคราว	12	6.90
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ค่าพิสัย=18.5, ค่าเฉลี่ย=5.93 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.63)			
	น้อยกว่า 1 ปี	18	10.40
	1-5 ปี	87	50.30
	5-15 ปี	50	28.90
	16-25 ปี	14	8.10
	มากกว่า 25 ปี	4	2.30
การอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ			
	ไม่เคย	74	42.80
	เคย	99	57.20



จากตารางที่ 1 พยาบาลวิชาชีพเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99.40) ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-30 ปี (ร้อยละ 67.10) ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 100) ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 46.20) รองลงมา คือพยาบาลระดับชำนาญการ (ร้อยละ 30.10) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ 1-5 ปี (ร้อยละ 50.30) การได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพบว่าเคยได้รับ (ร้อยละ 57.20) ไม่เคยได้รับ (ร้อยละ 42.80)

2. การปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาล

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย แยกตามหมวดของการปฏิบัติ (n=173)

ขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	ร้อยละของการปฏิบัติ	ร้อยละของการไม่ปฏิบัติ
หมวดเตรียมก่อนการให้สารน้ำ	92.63	7.37
หมวดการให้สารน้ำ	88.47	15.53
หมวดการดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	84.48	15.52
หมวดการเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ	79.33	20.67

จากตารางที่ 2 พบว่าปฏิบัติมากที่สุดคือ เปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ (ร้อยละ 79.33) ทั้งนี้มีรายละเอียดของแต่ละหมวด ดังตารางที่ 3 ส่วนหมวดที่พยาบาลปฏิบัติน้อยสุด คือ หมวดการ



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจำแนกตามรายหมวด (n=173)

ขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การไม่ปฏิบัติ
1. หมวดการเตรียมก่อนการให้สารน้ำโดยรวม ตามขั้นตอน				
1.1 ตรวจสอบคำสั่งการให้สารน้ำตามแผนการรักษาให้ถูกต้อง	173	100.00	0	0.00
1.2 พยาบาลทำความสะอาดมือ	127	73.41	46	26.59
1.3 ตรวจสอบชนิดของสารน้ำ การคงความปราศจากเชื้อ (วันผลิต, วันหมดอายุ) ก่อนใช้ทุกครั้ง ลักษณะทางกายภาพอื่นๆ เช่น สี ไม่มีตะกอน หรือการปนเปื้อนในสารน้ำติดป้ายแสดงชื่อของผู้ป่วย ชนิดของสารน้ำ และยาที่ผสมจำนวนหยดที่ให้ วันและเวลาที่ให้	170	98.27	3	1.73
1.4 เตรียมและตรวจสอบอุปกรณ์ในการให้สารน้ำ อุปกรณ์ทุกชิ้นต้องคงความปราศจากเชื้อก่อนใช้ ได้แก่ ชุดให้สารละลาย (IV set), เข็ม (Medicut) สำลี 70% Alcohol หรือ 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol สายยางรัดแขนและพลาสติกแผ่นฟิล์มใสปราศจากเชื้อ (Tegaderm) หรือก๊อสปราศจากเชื้อ	171	98.84	2	1.16
2. หมวดการให้สารน้ำโดยรวมตามขั้นตอน				
2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	137	79.19	36	20.81
2.2 เปิดชุดให้สารน้ำที่ปราศจากเชื้อแล้วปิด Roller clamp ต่อชุดให้สารน้ำเข้ากับสารน้ำด้วยเทคนิคปลอดเชื้อและไล่สารน้ำให้จนถึงปลายเข็ม	173	100.00	0	0.00



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจำแนกตาม
รายการหมวด (n=173) (ต่อ)

ขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การไม่ปฏิบัติ
2.3 ผสมน้ำยาหรือสารน้ำอื่นๆ ตามแผนการรักษาของ แพทย์ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ	169	97.69	4	2.31
2.4 เลือกตำแหน่งที่ต้องการให้สารน้ำ ควรเลือกหลอดเลือดดำที่มีขนาดเล็กก่อน ได้แก่ บริเวณหลังมือ แขน ขา ตามลำดับ (ในเด็กโตและผู้ใหญ่)	149	86.13	24	13.87
2.5 ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่ ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ (Hygienic hand washing) หรือ ภูมิด้วย แอลกอฮอล์ (Alcohol-based handrub)	135	78.03	38	21.97
2.6 ใส่ถุงมือสะอาดในการแทงเข็มหลอดเลือดดำ	94	54.34	79	45.66
2.7 ทำความสะอาดผิวหนังก่อนให้สารน้ำด้วยเทคนิค ปลอดเชื้อทุกครั้ง โดยเช็ดบริเวณผิวหนังด้วย 70% Alcohol หรือ 2% Chlorhexidine in alcohol	172	99.42	1	0.58
2.8 ทิ้งให้น้ำยาฆ่าเชื้อระเหยแห้งก่อนแทงเข็ม	158	91.33	15	8.67
2.9 ใช้หลัก No touch technique ระหว่างการแทงเข็ม เช่น ห้ามเอานิ้วคลำหาหลอดเลือดอีก หลังเตรียม ผิวหนังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อแล้ว	143	82.66	30	17.34
2.10 แทงเข็มครั้งเดียวเข้าหลอดเลือดดำ หรือมีการแทง เข็มซ้ำที่เดิมโดยเปลี่ยนเข็ม	141	81.50	32	18.50
2.11 ต่อชุดให้สารน้ำกับเข็มโดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ	164	94.80	9	5.20
2.12 ตรึงสายไว้ไม่ให้ หัก พับ งอ และเลื่อนหลุด	172	99.42	1	0.58



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจำแนกตาม
รายการหมวด (n=173) (ต่อ)

ขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การไม่ปฏิบัติ
2.13 ตรึงหัวเข็มและปิดบริเวณรอยต่อระหว่างเข็มกับ ผิวหนังด้วยแผ่นฟิล์มใสปราศจากเชื้อ หรือก๊อส ปราศจากเชื้อ	172	99.42	1	0.58
2.14 ถอดถุงมือ และทำความสะอาดมือทันที หลังจากให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้ว	119	68.79	54	31.21
2.15 บันทึก วัน เวลา แทงเข็มบริเวณด้านบนพลาสเตอร์ ที่ปิดทับบริเวณที่แทงเข็ม	63	36.42	110	63.58
2.16 บันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อัตราการหยด ของสารน้ำ ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล	155	89.60	18	10.40
2.17 ทำความสะอาด Injection port ด้วย 70% Alcohol หรือ 10% Povidone iodine ก่อนแทงเข็ม โดยรอ ให้น้ำยาระเหยแห้งก่อนแทงเข็มหรือต่อกับ Syring	158	91.33	15	8.67
2.18 ตรวจสอบบริเวณตำแหน่งให้สารน้ำให้อยู่ในสภาพ ดีทุกครั้งก่อนฉีดยา ถ้ามีอาการแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดดำอักเสบ (ปวด บวม แดง ร้อน) ต้อง เปลี่ยนตำแหน่งให้สารน้ำทันที	150	86.71	23	13.29
2.19 ทำความสะอาดมือหลังจากให้สารน้ำทางหลอดเลือด ดำส่วนปลายแก่ผู้ป่วย	152	87.86	21	12.14



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจำแนกตามรายหมวด (n=173) (ต่อ)

ขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การไม่ปฏิบัติ
3. หมวดการดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโดยรวมตามขั้นตอน				
3.1 ทำความสะอาดมือก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย	118	68.21	55	31.79
3.2 ตรวจสอบบริเวณข้อต่อต่างๆ ของชุดให้สารน้ำให้เป็น Close system และเข็มให้อยู่ในสภาพที่แน่น ไม่หลวมหลุดง่าย มีการสวมปิดข้อต่อต่างๆ ทุกครั้ง	169	97.69	4	2.31
3.3 ตรวจสอบข้อต่อต่างๆ ที่ใช้ร่วมกับสารน้ำหากไม่จำเป็นต้องใช้แล้วควรถอดออกทันที	148	85.55	25	14.45
3.4 เปลี่ยนตำแหน่งที่แทงเข็มไม่เกิน 96 ชั่วโมง (ยกเว้นกรณีที่แทงเข็มยาก) หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเช่น อาการบวมแดง หรือมีเลือดซึม หรือมีอาการแสดงถึงการติดเข็มในตำแหน่งที่แทงเข็ม หรือเกิด Phlebitis หรือเมื่อชุดให้สารน้ำอุดตัน/สารน้ำไม่ไหล	151	87.28	22	12.72
3.5 ทำความสะอาดมือและสวมถุงมือสะอาดเมื่อเปลี่ยน Dressing	135	78.03	38	21.97
3.6 ทำความสะอาดมือทุกครั้งหลังจากที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย	156	90.17	17	9.83



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจำแนกตามรายหมวด (n=173) (ต่อ)

ขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละของ การไม่ปฏิบัติ
4. หมวดการเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำตามขั้นตอน				
4.1 ทำความสะอาดมือก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย	124	71.68	49	28.32
4.2 เปลี่ยนสายให้สารน้ำไม่เกิน 96 ชั่วโมง โดยให้ระบุวันที่ เปลี่ยนสายให้สารน้ำด้วยแถบสี บริเวณกระเปาะ set IV หรือเปลี่ยนเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน หรือปนเปื้อนเชื้อ โรค หรือกรณีที่ทำให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด หรือ สารน้ำประเภท Lipid emulsion (ไขมัน) Parenteral Nutrition เปลี่ยนสายให้สารน้ำทันทีเมื่อหมด	110	63.58	63	36.42
4.3 เปลี่ยนสารน้ำไม่เกิน 24 ชั่วโมง	156	90.17	17	9.83
4.4 ทำความสะอาดมือทุกครั้งหลังจากที่ให้การพยาบาล ผู้ป่วย	159	91.91	14	8.09

จากตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายพบว่า หมวดการเตรียมก่อนการให้สารน้ำขั้นตอนการตรวจสอบคำสั่งการให้สารน้ำตามแผนการรักษาให้ถูกต้อง ปฏิบัติมากที่สุด (ร้อยละ 100) ส่วนขั้นตอนที่พบว่า พยาบาลไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ไม่ทำความสะอาดมือก่อนการให้สารน้ำ (ร้อยละ 26.59) หมวดการให้สารน้ำในขั้นตอนเปิดชุดให้สารน้ำที่ปราศจากเชื้อแล้วปิด Roller clamp ต่อชุดให้สารน้ำเข้ากับสารน้ำด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ และไล่สารน้ำให้

จนถึงปลายเข็มต่อ ปฏิบัติมากที่สุด (ร้อยละ 100) และรองลงมาคือ การทำความสะอาดผิวหนังก่อนให้สารน้ำด้วยเทคนิคปลอดเชื้อทุกครั้ง โดยเช็ดบริเวณผิวหนังด้วย 70% Alcohol หรือ 2% Chlorhexidine in alcohol พบว่าปฏิบัติร้อยละ 99.42 ส่วนขั้นตอนการปฏิบัติที่พยาบาลไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การบันทึก วัน เวลา แสงเข็มบริเวณด้านบนพลาสติกที่ปิดทับบริเวณที่แทงเข็ม คือ ไม่ปฏิบัติร้อยละ 63.58 รองลงมา คือ ไม่ใส่ถุงมือสะอาดในการแทงเข็มหลอดเลือดดำ ไม่ปฏิบัติร้อยละ 45.66 และถอดถุงมือและ

ทำความสะอาดมือทันทีหลังจากให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ไม่ปฏิบัติร้อยละ 31.21 หมวดยการดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย พบว่าขั้นตอนการตรวจสอบบริเวณข้อต่อต่างๆ ของชุดให้สารน้ำให้เป็น Close system และเข็มให้อยู่ในสภาพที่แน่น ไม่หลวมหลุดง่าย มีการสวมปิดข้อต่อต่างๆ ทุกครั้ง มากที่สุด (ร้อยละ 97.69) ส่วนการปฏิบัติที่พยาบาลไม่ปฏิบัติมากที่สุดในหมวดยนี้ คือ ทำความสะอาดมือก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย ไม่ปฏิบัติร้อยละ 31.79 รองลงมา คือ ทำความสะอาดมือและสวมถุงมือสะอาด เมื่อเปลี่ยน Dressing ไม่ปฏิบัติร้อยละ 21.97 และ ตรวจสอบข้อต่อ ต่างๆ ที่ใช้ร่วมกับสารน้ำ หากไม่จำเป็นต้องใช้แล้วควรถอดออกทันที พบไม่ปฏิบัติ

ร้อยละ 14.45 และหมวดยการเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ ขั้นตอนปฏิบัติมากที่สุดคือทำความสะอาดมือทุกครั้งหลังจากที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย (ร้อยละ 91.91) ส่วนการปฏิบัติที่พยาบาลไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ เปลี่ยนสายให้สารน้ำไม่เกิน 96 ชั่วโมง โดยให้ระบุวันที่เปลี่ยนสายให้สารน้ำด้วยแถบสี บริเวณกระเปาะ set IV หรือเปลี่ยนเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน หรือ ปนเปื้อนเชื้อโรค หรือกรณีที่ทำให้เลือดและ ส่วนประกอบของเลือด หรือสารน้ำประเภท Lipid emulsion (ไขมัน) Parenteral nutrition เปลี่ยนสายให้สารน้ำทันทีเมื่อหมด พบไม่ปฏิบัติร้อยละ 36.42 ทำความสะอาดมือก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย พบไม่ปฏิบัติร้อยละ 28.32 และเปลี่ยนสารน้ำไม่เกิน 24 ชั่วโมง พบไม่ปฏิบัติร้อยละ 9.83

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลแยกตามรายหมวดยของการปฏิบัติ (n=173)

ขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
	ค่าสหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
หมวดยการเตรียมก่อนการให้สารน้ำ	-0.278	0.000	ต่ำ
หมวดยการให้สารน้ำ	-0.12	0.116	ไม่สัมพันธ์
หมวดยการดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	-0.112	0.114	ไม่สัมพันธ์
หมวดยการเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ	-0.092	0.229	ไม่สัมพันธ์



จากตารางที่ 4 พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับหมวดการเตรียมก่อนการให้ สารน้ำในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.278$, $p < 0.01$) ส่วนหมวดการให้สารน้ำ หมวดการดูแล

ผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และหมวดการเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ พยาบาล

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 67.10) เป็นช่วงอายุที่มีประสบการณ์น้อย ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายแก่ ผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล อันมีผล ต่อสมรรถนะในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Musa and Mahmood (2022) ที่พบว่า พยาบาลส่วน ใหญ่เป็นคนในวัย 22-27 ปี (ร้อยละ 43.34) และมี ประสบการณ์ทำงาน 1-6 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.30) ซึ่งจำนวนปีการทำงานที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับทักษะของการปฏิบัติการให้ สารละลายของหลอดเลือดดำ ทั้งนี้การศึกษาของ O'Grady et al. (2011) พบว่าหากพยาบาลมี ทักษะที่ดีในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจะช่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลงได้ นอกจากนี้ การศึกษารังนี้ยังพบว่า พยาบาลจำนวนเกือบ ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.8) ไม่เคยรับการอบรมการ ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วน ปลาย

การปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือด ส่วนปลายที่พยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ไม่ ปฏิบัติมากที่สุด คือ การบันทึก วัน เวลา แทงเข็ม บริเวณด้านบนพลาสเตอร์ที่ปิดทับบริเวณที่แทงเข็ม (ร้อยละ 63.58) รองลงมา คือ ไม่ใส่ถุงมือสะอาดใน การแทงเข็มหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 45.66) ซึ่งการ สวมถุงมือมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดความเสี่ยงของ บุคลากรจากการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง สารน้ำ และสิ่งขับถ่ายจากร่างกายผู้ป่วย ลดการแพร่กระจาย เชื้อจุลินทรีย์ไปสู่ผู้ป่วย การที่พยาบาลไม่ใช้ถุงมือใน การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ทำให้พยาบาล และ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ซึ่งตรงกับการศึกษา ของดวงฤทัย จันเชียว วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และ สุสันหา ยิ้มยิ้ม (2556) ที่พบว่าก่อนการแก้ปัญหา อย่างสร้างสรรค์ของการใช้ถุงมือ พยาบาลมีการใช้ ถุงมือถูกต้องร้อยละ 68.1

นอกจากนั้นการศึกษารังนี้พบว่าการ เปลี่ยนสายให้สารน้ำไม่เกิน 96 ชั่วโมง โดยให้ระบุ วันที่เปลี่ยนสายให้สารน้ำด้วยแถบสี บริเวณ กระเปาะ Set IV หรือ เปลี่ยนเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน หรือปนเปื้อนเชื้อโรค หรือกรณีที่ทำให้เลือดและ ส่วนประกอบของเลือด หรือสารน้ำประเภท Lipid



emulsion (ไขมัน) Parenteral nutrition เปลี่ยนสายให้สารน้ำทันทีเมื่อหมด พยาบาลกลุ่มนี้ยังไม่ปฏิบัติถึงร้อยละ 36.42 ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อ ส่วนการปฏิบัติในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่พยาบาลปฏิบัติค่อนข้างน้อย ในหมวดการเตรียมก่อนการให้สารน้ำ คือเรื่องของการทำความสะอาดมือก่อนการให้สารน้ำ (ร้อยละ 26.59) ส่วนหมวดการดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ยังพบว่าการปฏิบัติที่พยาบาลปฏิบัติน้อย คือการทำความสะอาดมือก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย (ร้อยละ 31.79) การปฏิบัติดังกล่าวอาจเป็นเพราะในช่วงเวลาของการดูแลผู้ป่วยมีภาระหน้าที่อื่นที่เร่งด่วนที่จำเป็นต้องจัดการ แต่ในขณะเดียวกันต้องดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำของผู้ป่วยด้วย จึงทำให้ปฏิบัติงานทุกอย่างไปพร้อมกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตามมาได้ ซึ่งตรงกับการศึกษาของพุทธิมา สุวรรณสุนทร และอภิญาพรหมวิกร (2562) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจล้างมือ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พบว่าเจตคติของบุคลากรในโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าเจตคติในการล้างมือของบุคลากรในโรงพยาบาลยังไม่ตระหนักหรือให้ความสำคัญมากพอเกี่ยวกับการล้างมือ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้ การส่งเสริมให้พยาบาลเห็นความสำคัญและตระหนักเรื่องการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลกับผู้ป่วย ในทุกกิจกรรมที่ต้องเข้าไปให้การ

พยาบาล จะเกิดประโยชน์อย่างสูงสุดแก่ผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าแนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเป็นสิ่งสำคัญ ที่พยาบาลพึงปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานและควรใช้หลายวิธีประกอบกันโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปสู่การปฏิบัติ จึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (นภสร ดวงสมสา, 2561) เพื่อผลลัพธ์ที่ดีและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายนั้นพบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับหมวดการเตรียมการก่อนให้สารน้ำในระดับ ($r_s=0.278$, $p\text{-value}=0.000$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานานมักมีการปฏิบัติในการเตรียมการก่อนให้สารน้ำที่รวดเร็วจนอาจไม่ได้ปฏิบัติในบางขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Musa and Mahmood (2022) พบว่าระยะเวลาของการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีความเกี่ยวข้องกับทักษะของการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของพยาบาล



ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายแก่ผู้ป่วยของพยาบาล โดยส่งเสริมกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติให้เกิดขึ้น เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการดูแลของพยาบาลต่อผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่อาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เช่น การได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพให้มากยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพยาบาลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายแก่ผู้ป่วย



เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสมุทรสาคร. (2565). *แนวปฏิบัติกลางในการให้สารน้ำทั่วไป*. โรงพยาบาลสมุทรสาคร.
- กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2559). *แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกัน การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ*. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- กาญจนา อุดมอัษฎาพร และมยุรี พรหมรินทร์. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ จากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดของผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารสาธารณสุขสุพรรณ*, 14(1), 36-45.
- จิตติพร ปฐมจารุวัฒน์. (2559). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะ Extravasation. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 81-95.
- จิตติพร ปฐมจารุวัฒน์. (2560). การป้องกันและการจัดการกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการรั่วของยาหรือสารน้ำจากการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 169-181.
- ดวงฤทัย จันเขียว, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และสุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2556). ผลของการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ต่อการใช้ถูงมือของบุคลากรพยาบาล. *Effects of Creative Problem Solving. พยาบาลสาร*, 40 (ฉบับพิเศษ) 1-13.
- ทีปภา แจ่มกระจ่าง. (2559). *การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้เลือด*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภสร ดวงสมสา. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 2(1), 64-81.
- พุทธิมา สุวรรณสุนทร และอภิญญา พรหมวิกร. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจล้างมือ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามความคิดเห็นของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา กรณีศึกษา: โรงพยาบาลนาหม่อมมหาราชนครศรีธรรมราช. *เวชสาร*, 3(1), 1-5.
- วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, ดารารัตน์ ดำรงกุลชาติ, รัชนิย์ วงศ์แสน, ธนพร กาวิวน, อารีย์ กุณณะ, และพัชรินทร์ เนตรสว่าง. (2557). การส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 41(ฉบับพิเศษ), 71-87.



- Gillian R-B., Hui X., Nicole M., Marie, C., & Claire M. R. (2019). Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: A systematic review. *Infection Disease Health, 24*, 152-168.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.
- Munro, B.H. (2005). *Statistical methods for health care research* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Musa, M. H., & Mahmood, M. H. (2022). Assessment of nurses knowledge and skill about intravenous fluid administration. *Journal of University of Duhok, 25*(2), 531-536.
- O'Grady N.P., Alexander M., Burns L.A., Dellinger E.P., Garland J., Heard S.O., Lipsett P.A., Masur H. A., Mermel L.A., Pearson M.L., Raad I. I, Randolph A.G., Rupp M.E., & Saint S. (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control, 39*(4 Suppl 1), S1-34.
- World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge clean care is safer care*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>



การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้ทีมเป็นฐาน

กัลยาลักษณ์ ไชยศิริ*, อุบลวรรณ ส่งเสริม**

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานเป็นกลยุทธ์การสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดทักษะในศตวรรษที่ 21 และเกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษา การเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนกับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานกับสหวิชาชีพที่มีความหลากหลาย ดังนั้นผู้เรียนจะเรียนรู้ผ่านกระบวนการทั้ง 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมอบหมายงานให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง 2) การทดสอบความรู้รายบุคคล 3) การทดสอบความรู้รายทีม 4) การยื่นอุทธรณ์คำตอบที่ยังมีข้อสงสัย 5) การให้ข้อมูลป้อนกลับในคำตอบที่ยังมีข้อสงสัย 6) การประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน และ 7) การสะท้อนผลและประเมินผลการเรียนรู้ โดยผู้สอนมีหน้าที่ในการเตรียมการสอนอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้และส่งเสริมให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเอง กระบวนการแต่ละขั้นตอนของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานจะช่วยให้ผู้เรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนและจดจ่ออยู่กับการเรียน ส่งผลให้ผู้เรียนพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความสามารถในการทำงานเป็นทีม ทักษะการสื่อสาร ทักษะการคิด และการคิดแก้ไขปัญหา มีความรับผิดชอบ และช่วยให้ห้องเรียนมีความสนุกสนาน รวมทั้งทำให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนมากขึ้น

คำสำคัญ: การเรียนการสอนทางการพยาบาล, การเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน, การทำงานเป็นทีม

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566 หน้า 86-100

* อาจารย์ประจำ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาหลักสูตรและวิธีการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

Corresponding author: E-mail Kanyalak_chaisiri@hotmail.com Tel. 095-236-9141

วันที่รับบทความ: 15 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 10 พฤศจิกายน 2566, วันที่ตอบรับบทความ: 24 พฤศจิกายน 2566



Teaching and Learning Management in Nursing by Using Team-Based Learning

Kanyalak Chaisiri*, Ubonwan Songsern**

Abstract

The team-based learning arrangement is a student-centered teaching strategy aiming to develop skills for the 21st century and desirable attributes of the students. Team-based teaching and learning management is used to provide instruction to nursing student because nurses works collaborate with multidisciplinary when working. Therefore, The students engage in a 7-step process including 1) individual pre-study assignments, 2) individual knowledge assessment, 3) team knowledge assessment, 4) challenging questionable answers, 5) instructor feedback on challenging answers, 6) applying knowledge to solve complex problems, and 7) instructor reflection and assessment of learning outcomes. The instructor's roles are to prepare, facilitate learning, and encourage student to self-directed learning. Each step of team-based learning fosters student participation and engagement; leading to improve learning outcomes, team collaboration, communication skills, thinking, and problem-solving; responsibility; and enhance a more enjoyable classroom experience. The students also express greater satisfaction with the teaching and learning approach.

Keywords: Teaching and learning management in nursing, Team-based learning, Teamwork

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 86-100

* Instructor, Bachelor of Nursing Science, Police Nursing College

** Assistant Professor, Department of Curriculum and Teaching Methods, Faculty of Education Silpakorn University

Corresponding author: E-mail Kanyalak_chaisiri@hotmail.com Tel.095-236-9141

Received: 15 August 2023, Revised: 10 November 2023, Accepted: 24 November 2023



บทนำ

การศึกษาในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ครูเปลี่ยนจากผู้ป้อนความรู้ในขณะที่ยุคปัจจุบันผู้เรียนเป็นผู้รับความรู้ และแสวงหาความรู้ ปัจจุบันการจัดการเรียนเน้นให้ความสำคัญกับผู้เรียน ครูมีการปรับเปลี่ยนวิธีการสอนจากการถ่ายทอดความรู้เป็นการให้ผู้เรียนได้ลองเป็นผู้แสวงหาความรู้และพัฒนาความรู้ใหม่ๆ ขึ้นมา เพื่อพัฒนาเด็กไทยให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ จึงได้มีการนำทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 มาปรับใช้ในการศึกษาไทย โดยทักษะที่มีความจำเป็นในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ 1) ทักษะการเรียนรู้ และนวัตกรรม ประกอบด้วย ทักษะการคิด การแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการคิดสร้างสรรค์และการสร้างนวัตกรรม 2) ทักษะสารสนเทศ สื่อ เทคโนโลยี ประกอบด้วย การรู้เท่าทันสารสนเทศ เทคโนโลยี และการรู้เท่าทันสื่อ 3) ทักษะชีวิตและอาชีพ ประกอบด้วย ความสามารถในการปรับตัว การริเริ่มสร้างสรรค์ การกำกับดูแลตนเอง ทักษะสังคม และสังคมข้ามวัฒนธรรม การเป็นผู้สร้างผลงานและความรับผิดชอบเชื่อถือได้ และการมีภาวะผู้นำและความรับผิดชอบ (สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์, 2564) ทักษะในศตวรรษที่ 21 ถือว่าเป็นเครื่องมือยกระดับการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ช่วยส่งเสริมการผลิตกำลังคนที่สามารถแข่งขันในเวทีระดับโลก โดยเน้นให้สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ดังนั้นครูจึงต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับการเกิดทักษะศตวรรษที่ 21 เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ คำนึงถึงการจัดการเรียนการสอนที่เป็นกระบวนการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ และมีความรู้ที่ถูกต้อง

การทำงานเป็นทีมถือว่าเป็นทักษะสำคัญสำหรับผู้เรียน เนื่องจากการทำงานในยุคปัจจุบันเน้นให้ทุกคนสามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ มีทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน มีทักษะการสื่อสาร ทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา ทักษะความคิดสร้างสรรค์ ทักษะเชิงผู้นำ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) ซึ่งทักษะข้างต้นจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์เรียนรู้ของผู้เรียน และได้รับการปลูกฝังตั้งแต่ระยะแรก อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบในเด็กไทยคือการขาดทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนยังไม่ส่งเสริมการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการสื่อสาร และทักษะด้านการคิดเท่าที่ควร ส่งผลให้ผู้เรียนยังขาดทักษะดังกล่าว จากการศึกษาของรชตะ มุลเมือง สายันต์ บุญใบ และวรกัญญาพิไล แกระหัน (2562) ที่ศึกษาการพัฒนาภาวะผู้นำนักเรียนโรงเรียนบ้านช่อมะกอก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ พบว่า ผู้เรียนขาดทักษะการทำงานเป็นทีม ไม่มีการจัดระบบการจัดการในการดำเนินงานส่งผลให้การทำงานของกลุ่มนักเรียนไม่มีประสิทธิภาพ และขาดทักษะกระบวนการคิดวิเคราะห์ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าที่จะแสดงออก และขาดบุคลิกภาพที่ดีของการเป็นผู้นำนักเรียน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นหลักสูตรที่มีการจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี ผู้สำเร็จหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถคิดอย่างเป็นระบบ คิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจและแก้ปัญหา มีทักษะการสื่อสาร และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องทำงานร่วมกับ

ผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพด้านอื่นๆ และยังเป็น
คนกลางคอยประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและ
ผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความ
ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงมี
ความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้และเข้าใจทักษะการคิด
แก้ปัญหา ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการสื่อสาร
เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น มี
ประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ
จากการศึกษาของศาสตร์ตรา สารราชฤทธิ์ และโกศล
สอดส่อง (2564) พบว่า พยาบาลยังขาดทักษะการ
คิดแก้ปัญหา ขาดความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ
ทักษะการทำงานเป็นทีม และทักษะการสื่อสาร ส่งผล
ให้ไม่ได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ นอกจากนี้ เมื่อ
ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ (สุจิรา
วิเชียรรัตน์ และคณะ, 2561) เรื่อง ความคิดเห็น
เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของ
นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า นักศึกษา
มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการ
แก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับ
ปานกลาง ดังนั้นการศึกษาศาขพยาบาลศาสตร์จึง
ควรเตรียมพร้อมบุคลากรทางการพยาบาลในการ
ส่งเสริมทักษะการคิดแก้ปัญหา ทักษะการทำงาน
เป็นทีม และทักษะการสื่อสารตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
ตั้งแต่เป็นนักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาล
สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ มีทักษะการสื่อสาร และทักษะการ
แก้ไขปัญหาที่ดี

การเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน เป็น
การจัดการเรียนการสอนที่เน้นการร่วมมือในการ
เรียนรู้ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การทำงาน
ร่วมกับผู้อื่น เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม ทักษะ
การสื่อสาร ความคิดรอบคอบกว้างขวางและการ
เรียนรู้ในเรื่องที่ศึกษาได้มาก (ทิตนา แชนนี, 2564)

และยังช่วยสร้างเสริมทักษะความสัมพันธ์ สามารถ
ให้ผู้เรียนทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น ผู้เรียน
จะมีความเสียสละเพื่อส่วนรวม รู้จักบทบาทหน้าที่
ของตน สามารถออกไปเป็นบุคคลที่ดีในสังคม และ
สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข จาก
การศึกษาของ Persky and Pollack (2011) และ
Michaelsen, Davidson and Major (2014) พบว่า
การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานช่วยให้
ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้น มีความ
ร่วมมือในการเรียนการสอนเพิ่มขึ้น ส่งเสริมการมี
ส่วนร่วม ส่งเสริมทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ การคิด
สร้างสรรค์ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำงาน
ร่วมกันเป็นทีม และสร้างความรับผิดชอบให้กับ
ผู้เรียน ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีม
เป็นฐานจึงถือได้ว่าเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิด
ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

บทความฉบับนี้จึงขอนำเสนอวิธีการ
จัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการใช้ทีมเป็น
ฐาน เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ในการ
ทำงานเป็นทีม ได้พัฒนาทักษะกระบวนการคิด
แก้ปัญหา ทักษะการทำงานเป็นทีม และทักษะ
การสื่อสาร ให้สามารถนำทักษะที่ได้ไปต่อยอดใน
การปฏิบัติงานจริงต่อไป โดยการจัดการเรียนการ
สอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 ประเด็น
สำคัญ ได้แก่ 1) แนวคิดการทำงานเป็นทีม 2)
แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน
3) ประโยชน์ของการจัดการเรียนการสอนทางการ
พยาบาลโดยใช้ทีมเป็นฐาน และ 4) การจัดการ
เรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้ทีมเป็นฐาน

1. แนวคิดการทำงานเป็นทีม (Teamwork)

การทำงานเป็นทีมถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่
ได้รับความนิยม และถูกนำมาใช้ในการทำงานทั้ง
ภาครัฐและเอกชน เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลเพื่อ

ร่วมกันทำงานอย่างมีหลักการ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ มีการวางแผนการทำงาน การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการทำงาน และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (กิตติทัช เขียวฉ้วน และธีระวัฒน์ จันทิก, 2560) โดยการทำงานเป็นทีมจะช่วยให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี ดังนั้นการทำงานเป็นทีมที่ดีจะต้องมีการแบ่งงาน แบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบตามความรู้ ความสามารถ และความถนัดของแต่ละบุคคล มีความผูกพันที่ดีต่อกัน รับฟังเหตุผลซึ่งกันและกัน ใช้เหตุผลในการยุติปัญหา สมาชิกในทีมมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น ไม่ใช้อำนาจ มีความเป็นมิตร ตระหนักถึงความสำคัญซึ่งกันและกัน ยอมรับ ให้เกียรติกัน และสามารถตรวจสอบผลงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการบรรลุผลสำเร็จได้ (ลำเทียน เผ่าอาจ, 2559)

การทำงานเป็นทีมถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนด้านพยาบาลอย่างยาวนาน โดยมีทั้งการจัดการเรียนการสอนเป็นทีมโดยให้ผู้เรียนสามารถทำงานร่วมกันในวิชาชีพพยาบาล และมีการจัดการเรียนการสอนโดยสหสาขาวิชาชีพ มาเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อที่จะเป็นพื้นฐานนำไปสู่การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional practice: IPP) เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานร่วมกับ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ นักรังสีเทคนิค และวิชาชีพอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญในการทำงานเป็นทีม เพื่อให้การพยาบาลสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น เกิดคุณภาพในการบริการด้านการพยาบาลที่ดี ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของพีรยา คงรอด เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และเบญจวรรณ พุทธิอังกูร (2562) เรื่อง การทำงานเป็นทีมต่อคุณภาพบริการพยาบาลของหอผู้ป่วย

ตามการรับรู้ของผู้บริหาร พบว่า โปรแกรมพัฒนาการทำงานเป็นทีมทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะด้านการอำนวยความสะดวกด้านการบริการ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจ การดูแลเอาใจใส่ และความน่าเชื่อถือซึ่งเป็นคุณภาพบริการของโรงพยาบาล การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการฝึกฝน ส่งเสริมประสบการณ์ ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปลูกฝัง ทักษะการทำงานเป็นทีมตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาล ให้เกิดการเรียนรู้กระบวนการการทำงานเป็นทีม รู้จักหน้าที่บทบาทของตนเอง มีทักษะการสื่อสาร สามารถเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี มีความมั่นใจ และรับผิดชอบในการพยาบาลได้อย่างเต็มที่

2. แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน (Team-based learning)

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ นักวิชาการหลายท่านได้นำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานมาใช้ในการออกแบบการเรียนการสอน เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดแก้ปัญหา กระบวนการทำงานเป็นทีม ทักษะการสื่อสาร เน้นให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติ

2.1 ความหมายการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ออกแบบเพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการ

เรียนรู้แบบทีม ให้ผู้เรียนเรียนรู้ที่จะคิดแก้ไขปัญหาสามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นการร่วมมือกันในการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมตามความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยมีการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้เดียวกัน สมาชิกภายในทีมจะมีความรับผิดชอบต่อตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยกระบวนการเรียนรู้เกิดจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ มีการแบ่งปันความรู้กัน ซึ่งจะอาศัยทักษะการคิดแก้ปัญหา มีการประยุกต์ใช้ความรู้และสร้างความรู้ผ่านขั้นตอนต่างๆ มีการเตรียมความรู้ มีการทดสอบเพื่อประเมินความพร้อม การป้อนกลับ และการประยุกต์ใช้ความรู้ผ่านการแก้ไขปัญหา กระบวนการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานจะเน้นให้ผู้เรียนทำความเข้าใจด้วยตนเองก่อนนำข้อมูลที่ได้อภิปรายร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตัดสินใจร่วมกันในทีม ร่วมกันแสดงความคิดเห็น อภิปรายเพื่อหาคำตอบที่ดีที่สุด โดยทุกคนภายในทีมต้องยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งการเรียนรู้แบบทีมจะเป็นการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยเป็นกลุ่มการเรียนรู้เล็กๆ ใช้หลักการของห้องเรียนกลับด้าน (Flipped classroom) (ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, 2565)

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน ผู้สอนมีหน้าที่ในการออกแบบการเรียนการสอน และเอื้ออำนวยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ผู้เรียนต้องได้รับข้อมูลย้อนกลับในการทำงานหรือการเรียนรู้ร่วมกันอย่างทันทีเพื่อให้ผู้เรียนมีพัฒนาการด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการวางแผน ทักษะการจูงใจ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา ความกล้า

แสดงออก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำงานเป็นทีม เป็นต้น (กิตติทัช เขียวฉ้วน และธีระวัฒน์ จันทิก, 2560; ทิศนา แหมมณี, 2564; ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, 2565)

2.2 องค์ประกอบของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน

องค์ประกอบและปัจจัยสำคัญของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (Burgess et al., 2020)

2.2.1 การจัดทีมอย่างเหมาะสม ผู้สอนและผู้เรียนควรกำหนดคุณลักษณะที่สำคัญของสมาชิกในทีมเนื่องจากมีต่อผลการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งการจัดทีมที่ดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

2.2.1.1 จำนวนสมาชิกประมาณ 5-7 คน และต้องเป็นทีมที่อยู่อย่างถาวรเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการในการแก้ปัญหาที่พบภายในกลุ่ม

2.2.1.2 สมาชิกในกลุ่มต้องประกอบด้วย สมาชิกที่มีทักษะและลักษณะที่มีความหลากหลายอยู่ในหนึ่งกลุ่ม มีภูมิหลังที่มีความหลากหลาย เพื่อกระจายคุณสมบัติของผู้เรียนเกิดความหลากหลายทางความคิดในการแลกเปลี่ยนอภิปรายในกลุ่ม โดยหนึ่งกลุ่มจะต้องมีทั้ง ทักษะผู้นำ ทักษะการสืบค้น การคิดวิเคราะห์ การนำเสนอ การคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น หรือเลือกตาม ความรู้ ระดับการศึกษา เพศ เป็นต้น

2.2.1.3 ในการเลือกกลุ่มผู้เรียนจะต้องแยกกับกลุ่มเพื่อนสนิท เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ถึงการทำงานที่ต่างวัฒนธรรม ต่างความคิด

2.2.2 ผู้เรียนต้องมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง โดยในแต่ละภาคเรียนจะต้องมีการแบ่งการเรียนรู้เป็นหน่วยย่อยๆ อย่างน้อย 5-7 หน่วย เพื่อให้ผู้เรียนได้

ทำการศึกษาข้อมูลก่อนเริ่มการเรียนรู้ในหน่วยนั้นๆ ดังนั้นผู้สอนควรกำหนดขอบเขตหรือเป้าหมายของการศึกษาให้ชัดเจนและมอบหมายให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเองล่วงหน้าตามขอบเขตที่กำหนด

2.2.3 ผู้เรียนต้องมีความรับผิดชอบในการเตรียมตัวเข้าเรียน มีการเตรียมความพร้อมของแต่ละบุคคลในตอนต้นของการเรียน โดยผู้เรียนทำแบบทดสอบรายบุคคลก่อนเรียน เพื่อทดสอบและกระตุ้นการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อนเข้าแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม และนำแบบทดสอบไปแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม อภิปรายปัญหาภายในกลุ่ม กระบวนการนี้จะทำให้ผู้เรียนเกิดการค้นคว้า แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

2.2.4 ผู้สอนมอบหมายงานที่เน้นผลการเรียนรู้ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีคุณภาพที่ดีของการปฏิบัติงานหรือการฝึกฝนที่มาจากการเรียนรู้และพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ โดยงานที่มอบหมายต้องประกอบด้วย 4 หลักการ ได้แก่ 1) เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยการเรียนรู้ 2) ปัญหาเดียวกันในทุกกลุ่ม 3) มีทางเลือกหรือแนวทางแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง และ 4) รายงานพร้อมกันในช่วงเวลาเดียวกัน โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

2.2.4.1 ผู้สอนมอบหมายงานให้แก่ผู้เรียน โดยงานจะเน้นการเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์กลุ่ม

2.2.4.2 ผู้สอนมอบหมายสถานการณ์ที่ซับซ้อน เพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการทำงานเป็นทีม มีการตัดสินใจภายใต้แนวคิดและวัตถุประสงค์การเรียนรู้

2.2.4.3 ให้ผู้เรียนนำเสนอผลการเรียนรู้ในเวลาสั้นๆ และวิธีการง่ายๆ

2.2.4.4 ให้ผู้เรียนอภิปรายระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มในประเด็นที่ผู้เรียนสนใจ

2.2.5 ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนมาจากคะแนนของแต่ละบุคคล คะแนนของกลุ่ม และจากการประเมินผลโดยสมาชิกของกลุ่ม โดยผลการเรียนรู้ที่ได้เกิดจากการพัฒนาของทีม

2.2.6 การเรียนรู้เป็นทีมสามารถทำได้ทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน

2.2.7 ต้องฝึกปฏิบัติการเรียนรู้เป็นทีม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็น ทักษะคิดระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม

2.2.8 ผู้เรียนต้องได้รับข้อมูลป้อนกลับจากผู้สอนอย่างสม่ำเสมอ ข้อมูลป้อนกลับควรครอบคลุมทั้งประเด็นผลการเรียนรู้และผลของกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้เรียนจะได้รับความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหา การให้ข้อมูลป้อนกลับทันทีที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดเชิงวิพากษ์ การให้ข้อมูลป้อนกลับต้องมีจุดเน้น ได้แก่ สะท้อนผลการเรียนรู้อย่างครอบคลุมตามเป้าหมายรายวิชา ผู้เรียนต้องสะท้อนตนเองและกระบวนการทำงานของกลุ่ม และผู้สอนต้องสะท้อนผลการเรียนรู้ของผู้เรียนโดยการประเมินต้องครอบคลุมสาระการเรียนรู้ตามเป้าหมายรายวิชาและครอบคลุมทักษะสำคัญที่มีผลต่อการเรียนรู้

2.3 กระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานเป็นการจัดการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนทุกคนได้มามีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม อภิปรายผล มีการคิดวิเคราะห์เพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้องที่สุด มีกระบวนการคิดขั้นสูง โดยจะแบ่งขั้นตอนการสอนออกเป็นขั้นตอนใหญ่ๆ ได้ 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้



2.3.1 ขั้นเตรียมก่อนสอน เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนจะต้องเตรียมจัดการเรียนการสอนให้กับผู้เรียน โดยมีลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.3.1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ ผู้สอนทำการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ โดยกำหนดเป้าหมายว่าต้องการให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์อย่างไร

2.3.1.2 การเตรียมอุปกรณ์การเรียนรู้ ผู้สอนเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการเรียนการสอน ได้แก่ 1) เอกสารตำราที่ใช้ประกอบการเรียน แหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่ใช้ในการสืบค้นให้กับผู้เรียน 2) แบบทดสอบเพื่อใช้ในการทดสอบความรู้ของผู้เรียน โดยแบ่งแบบทดสอบเป็น 3 แบบดังนี้ 1) แบบทดสอบรายบุคคล เพื่อใช้ทดสอบความรู้พื้นฐานของผู้เรียน 2) แบบทดสอบรายทีม โดยแบบทดสอบจะใช้ข้อสอบเดียวกับแบบทดสอบรายบุคคล แต่จะต้องมีเฉลยทันทีหลังผู้เรียนตอบคำถามในรายชื่อนั้นแล้ว 3) แบบทดสอบการแก้ไขสถานการณ์ โดยแบบทดสอบนี้จะให้ทุกกลุ่มสามารถทำแบบทดสอบพร้อมกันได้ และเห็นคำตอบของกันและกัน

2.3.1.3 การเตรียมทีมผู้เรียน ผู้สอนแบ่งทีมผู้เรียน โดยแต่ละทีมมีจำนวน 5-7 คน ซึ่งจำนวนสมาชิกในทีมไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ทำให้สมาชิกในทีมมีส่วนร่วมในกิจกรรม นอกจากนี้การคัดเลือกสมาชิกในทีมควรคัดเลือกตามภูมิหลังที่แตกต่างกัน เช่น การคัดเลือกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกัน หรือคัดเลือกตามความสามารถ และจะเป็นทีมที่ใช้ตลอดภาคเรียน สมาชิกภายในกลุ่มเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2.3.2 ขั้นดำเนินการสอน เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนเริ่มทำการสอนให้แก่ผู้เรียน โดยแบ่งขั้นตอนย่อยออกเป็น 6 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมอบหมายงานให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง

- ผู้สอนเข้าพบผู้เรียนล่วงหน้าก่อนวันเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของหน่วยการเรียนรู้ อธิบายกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน และชี้แจงการจัดทีม แบ่งทีมให้แก่ผู้เรียน โดยขั้นตอนนี้จะเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้เรียน

- ผู้สอนมอบหมายงานให้แก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนทำการศึกษาค้นคว้าเรียนรู้ในเนื้อหาที่จะเรียนด้วยตนเอง และทำการชี้แจงแจกเอกสารตำราเรียน แนะนำแหล่งข้อมูลในการสืบค้นเนื้อหาตามจุดประสงค์การเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความรู้รายบุคคล

ผู้สอนทำการทดสอบความรู้ของผู้เรียนเพื่อดูความพร้อมในการเรียนทำให้ผู้เรียนมั่นใจว่าผู้เรียนมีความรู้เพียงพอที่จะนำความรู้ที่มีไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขสถานการณ์ในลำดับถัดไป โดยการทดสอบครั้งนี้จะเป็นการทดสอบรายเดี่ยว ข้อสอบจะเป็นข้อสอบปรนัย การทดสอบนี้จะเป็นการทบทวนความรู้ที่ผู้เรียนได้ทำการศึกษาค้นคว้ามาก่อน

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบความรู้รายทีม

- การทดสอบรายทีม ข้อสอบกลุ่มจะเป็นข้อสอบชุดเดียวกันกับแบบทดสอบรายเดี่ยว ผู้เรียนทำการจัดทีมตามที่ผู้สอนแบ่ง และร่วมกันทำข้อสอบเป็นทีม โดยการทำข้อสอบจะทำไปทีละข้อ ภายในทีมร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับคำตอบ โดยการใช้หลักการและเหตุผล จากนั้นสมาชิกในทีมร่วมกันอภิปราย

ตัดสินเพื่อหาคำตอบที่ถูกที่สุด และทำการเปิดเฉลย หากคำตอบในครั้งแรกไม่ถูก ให้ทีมทำการอภิปรายคำตอบที่ถูกต้องต่อไป และทำการตอบคำถามจนกว่าจะถูกต้อง โดยคะแนนที่ได้จะลดลงตามจำนวนรอบครั้งที่ตอบผิด ขณะที่อภิปรายผลภายในทีมผู้เรียนสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อนำมาสนับสนุนคำตอบได้ ผู้เรียนทำข้อสอบและอภิปรายไปที่ละข้อจนครบทุกข้อ

ขั้นตอนที่ 4 การยื่นอุทธรณ์คำตอบที่ยังมีข้อสงสัย

- เมื่อทุกทีมทำข้อสอบรายทีมครบทุกข้อ ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนทำการซักถามหรืออุทธรณ์คำตอบที่ผู้เรียนยังคงมีปัญหา หรือสมาชิกภายในกลุ่มไม่สามารถสรุปคำตอบได้

ขั้นตอนที่ 5 การให้ข้อมูลป้อนกลับในคำตอบที่ยังมีข้อสงสัย

- ผู้สอนจะป้อนกลับข้อมูลที่ถูกต้อง หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้เรียนสงสัย ไม่กระจำ และไม่มีคำตอบชัดเจน

- ผู้สอนทำการสรุปแนวคิดสำคัญที่ผู้เรียนยังขาดความเข้าใจ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขโจทย์สถานการณ์ได้

ขั้นตอนที่ 6 การประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน

- ผู้สอนทำการทดสอบผู้เรียนเป็นทีมในการคิดแก้ไขปัญหาสถานการณ์ ซึ่งเป็นการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการคิดแก้ไขสถานการณ์ โดยใช้ทีมเป็นฐาน ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีกระบวนการคิดแก้ไขปัญหา คิดวิเคราะห์ การทำงานเป็นทีม ซึ่งมีขั้นตอนย่อยดังต่อไปนี้ 1) ผู้สอนชี้แจงกระบวนการแก้ไขโจทย์ปัญหาสถานการณ์ 2) ผู้สอนนำโจทย์สถานการณ์มอบให้แก่ผู้เรียนในแต่ละกลุ่ม

ศึกษา ซึ่งทุกกลุ่มจะได้รับโจทย์สถานการณ์เดียวกัน 3) ทีมผู้เรียนทำการวิเคราะห์ และอภิปรายโจทย์ปัญหา เพื่อเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดและหาเหตุผลสนับสนุน 4) ผู้สอนให้ผู้เรียนแสดงคำตอบพร้อมกัน เพื่อให้ทุกทีมเห็นคำตอบ 5) ผู้สอนให้แต่ละทีมอธิบายเหตุผลในการเลือกคำตอบของกลุ่มตนเอง และเปิดโอกาสให้อภิปรายคำตอบระหว่างทีม และ 6) ผู้สอนอภิปรายคำตอบที่ผู้เรียนมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 7 การสะท้อนผลและประเมินผลการเรียนรู้

- ขั้นการประเมินผลผู้เรียนภายในทีม โดยแต่ละคนจะทำการประเมินสมาชิกภายในทีมเกี่ยวกับกระบวนการทำงานภายในทีม เช่น การแสดงความคิดเห็น การรับผิดชอบต่อการทำงานในทีม การมีส่วนร่วมอภิปรายภายในทีม การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นต้น โดยการประเมินจะต้องเรียงลำดับคะแนนของสมาชิกในทีมจากคะแนนมากที่สุดไปจนถึงลำดับคะแนนน้อยที่สุด ซึ่งคะแนนแต่ละคนต้องไม่ซ้ำกัน

3. ประโยชน์ของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้ทีมเป็นฐาน

การเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานได้ถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในประเทศไทย โดยเฉพาะระดับอุดมศึกษามักถูกนำมาใช้สอนในนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งการจัดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ดังนี้

3.1 การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในทีม นักศึกษาสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี เกิดการเรียนรู้การทำงานเป็นทีม จากกระบวนการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้เรียนจะได้รับผลการสะท้อนให้

เห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองและสมาชิกภายในกลุ่มจากการประเมินของเพื่อนภายในกลุ่ม ทำให้ผู้เรียนเกิดการปรับปรุง เกิดการแข่งขันแบบเป็นมิตรส่งเสริมความรับผิดชอบของผู้เรียนต่อเพื่อนร่วมทีม จากการศึกษาของ Branney and Priego-Hernández (2018) ได้ศึกษาการประเมินแบบผสมผสานวิธีของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานในวิชาสรีรวิทยาในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พบว่า ผู้เรียนมีความรับผิดชอบในการเรียนและระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานสูงขึ้น ผู้เรียนมองว่าเพื่อไม่ให้ทีมได้คะแนนน้อยในขณะทำกิจกรรม ผู้เรียนจำเป็นต้องทำคะแนนให้สูง เพื่อไม่ให้ทีมเกิดความผิดหวัง สอดคล้องกับ Faezi et al. (2018) ได้ศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานในรายวิชาภูมิศาสตร์ พบว่า คะแนนการมีส่วนร่วมของผู้เรียน และระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนแบบโดยใช้ทีมเป็นฐานอยู่ในระดับสูงกว่าการสอนแบบบรรยาย นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานยังเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เรียนนำไปสู่การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้เรียนจะเรียนรู้การทำงานร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้ที่จะเป็นผู้ฟัง ผู้พูด ผู้นำ และผู้ตามที่ดี

3.2 การพัฒนาทักษะการคิดและการแก้ไขปัญหา นักศึกษาพยาบาลจะมีทักษะการคิดระดับสูง ได้แก่ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดแก้ปัญหาตามโจทย์ปัญหาทางการพยาบาลที่มีความซับซ้อน และมีการคิดริเริ่มสร้างสรรค์สามารถสร้างผลงานตามที่กลุ่มได้ตั้งเป้าหมายไว้ โดยผู้เรียนจะสะสมความรู้ตั้งแต่ขั้นตอนการค้นคว้าความรู้ด้วยตนเองก่อนเริ่มเรียนจริง และผู้เรียนจะ

ได้ทำการฝึกทักษะการคิด การแก้ไขปัญหาจากการทำข้อสอบรายเดี่ยว และรายทีม จากนั้นผู้เรียนจะได้รับการฝึกฝนการคิดแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์หรือโจทย์ปัญหาที่ผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนทำ ผู้เรียนจะได้ประยุกต์ใช้ความรู้ที่มีทั้งหมดนำมาช่วยในการคิด ไตร่ตรองเพื่อแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2016) ได้ศึกษาผลการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อการแก้ปัญหา ความรู้ และประสิทธิภาพทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในเกาหลี พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาของกลุ่ม Team based learning ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าด้านความรู้และประสิทธิภาพทางคลินิกของกลุ่ม Team based learning สูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Chung et al. (2009) ได้ศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานในการศึกษาจริยศาสตร์ทางการแพทย์ พบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและสนุกสนานมากกว่าการเรียนในรูปแบบเดิม คะแนนการทดสอบรายทีมสูงกว่าคะแนนทดสอบรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของการเรียนรู้แบบร่วมมือ นอกจากนี้ยังช่วยปรับปรุงผลการเรียน โดยเฉพาะนักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ

3.3 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ผู้เรียนจะได้ฝึกฝนการทักษะการสื่อสาร โดยทำการอภิปรายทีม เพื่อหาคำตอบของข้อสอบรายทีม การอภิปรายนี้จะช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยต้องพูดโน้มน้าวให้ผู้เรียนในกลุ่มเข้าใจ และเลือกคำตอบของตนโดยมีเหตุผลมาสนับสนุน ผู้เรียนจะกล้าแสดงความคิดเห็น สมาชิกภายใน

กลุ่มมีบทบาทในการทำงานของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นผลให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะการสื่อสาร จากการศึกษาของ Persky and Pollack (2011) ได้ศึกษาการออกแบบการจัดการเรียนการสอนและการประเมิน โดยการปรับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานแบบใหม่ ในรายวิชาสรีรวิทยา พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานช่วยส่งเสริมทักษะการสื่อสาร ส่งเสริมให้เกิดทักษะการทำงานเป็นทีม และสอดคล้องกับ Ko and Kim (2017) ได้ศึกษาผลของการศึกษาตามสถานการณ์จำลองร่วมกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานและการนำตนเอง ต่อทักษะการสื่อสาร การปฏิบัติงานของพยาบาล ความเชื่อมั่นและประสิทธิภาพทีมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การจัดการเรียนการสอนแบบทีมเป็นฐานร่วมกับสถานการณ์เสมือนจริงเป็นฐานมีคะแนนของทักษะการสื่อสารสูงกว่าการจัดการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ที่กำหนดด้วยตนเอง (Self-directed learning)

3.4 การมีความรับผิดชอบ นักศึกษาจะมีส่วนร่วมในการในการเรียนรู้ โดยผู้เรียนจะเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ช่วยในการทำคะแนนของกลุ่ม ดังนั้นผู้เรียนจะมีการเตรียมตัวก่อนเข้าชั้นเรียน มีการติดตามเนื้อหาให้ทันสมัยอยู่เสมอ มีการศึกษาค้นคว้าความรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ทำข้อสอบรายบุคคลเพื่อเก็บคะแนน และทำข้อสอบรายทีมเพื่อช่วยให้ทีมได้รับคะแนนที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ Sharma et al. (2017) ทำการสำรวจเมื่อเปรียบเทียบผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานกับการบรรยายพบว่า ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยในความรับผิดชอบอยู่ในระดับสูง และมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนเพิ่มขึ้น

3.5 การพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ขั้นตอนของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานจะช่วยในการพัฒนาความเข้าใจของผู้เรียน โดยเริ่มให้ผู้เรียนทำการทบทวนบทเรียนก่อนเรียนจริง จากนั้นจะทำข้อสอบรายบุคคล ข้อสอบรายทีม โดยผู้เรียนจะได้ร่วมกันอภิปรายความรู้กับเพื่อนในกลุ่มเพื่อหาคำตอบที่ถูกต้อง โดยทุกคนต้องหาเหตุผลสนับสนุนคำตอบของตน ในขณะเดียวกันหากผู้เรียนมีข้อสงสัยในคำตอบหรือเนื้อหา ผู้เรียนยื่นอุทธรณ์ข้อสงสัยเพื่อให้ผู้สอนอธิบายคำตอบให้ผู้เรียนเกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งกระบวนการเรียนนี้จะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาที่เรียนเพิ่มมากขึ้น ผู้เรียนจดจ่อกับความรู้เนื้อหาที่ตนเองต้องอภิปราย จากการศึกษาของ Chung et al. (2009) ได้ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานในการศึกษาจริยศาสตร์ทางการแพทย์ พบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่มีคะแนนทดสอบรายทีมสูงกว่าคะแนนทดสอบรายบุคคล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของการเรียนรู้แบบร่วมมือ สอดคล้องกับ Roh et al. (2020) ได้ศึกษาผลการเรียนห้องปฏิบัติการสถานการณ์จำลองด้วยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้ประสิทธิภาพของทีม และการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การทดสอบความรู้ของผู้เรียนในการทดสอบรายทีมมีคะแนนสูง และการทำงานเป็นทีมหลังเรียนมีคะแนนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานช่วยก่อให้เกิดผลดีต่อความรู้ ประสิทธิภาพ และการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาล

4. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้ทีมเป็นฐาน

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานถูกนำมาใช้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลต้องมีทักษะการทำงานเป็นทีม ต้องสามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถคิดแก้ปัญหา และสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะยกตัวอย่างการการสอนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 หน่วยการศึกษา เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางศัลยกรรม ดังนี้

1. ขั้นเตรียมก่อนสอน

บทบาทผู้สอน

1.1 ผู้สอนกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในหน่วยการเรียนรู้ โดยต้องกำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์หลังเรียนจบหน่วยการเรียนรู้

1.2 ผู้สอนแบ่งทีมของผู้เรียน โดยแบ่งจำนวนคน 5-7 คนต่อกลุ่ม ผู้เรียนจำนวน 66 คน แบ่งได้ 11 กลุ่ม โดยผู้สอนเป็นผู้แบ่งกลุ่มเอง โดยแบ่งตามระดับผลการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กในระดับที่มีผลการเรียนดี ปานกลาง และต่ำ ซึ่งคละกันอยู่ในทีม

1.3 เตรียมแหล่งเรียนรู้ เช่น ตำราเรียนการพยาบาลเด็ก Website แบบทดสอบรายบุคคล แบบทดสอบรายทีม และแบบทดสอบสถานการณ์ในคลินิก

2. ขั้นดำเนินการสอน โดยผู้สอนจะแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา ดังนี้

2.1 ก่อนคาบเรียน

บทบาทผู้สอน : 1. ผู้สอนเข้าพบผู้เรียนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์กระบวนการเรียน โดยใช้ทีมเป็นฐาน และแบ่งกลุ่มผู้เรียน

บทบาทผู้เรียน : 1. ผู้เรียนรับฟังและสอบถามข้อสงสัยในกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน และแบ่งกลุ่มตามที่ผู้สอนกำหนด

ขั้นตอนที่ 1 มอบหมายงานให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง

บทบาทผู้สอน : 2. ผู้สอนมอบหมายงานให้ผู้เรียนค้นคว้าเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางศัลยกรรม ก่อนเข้าเรียน 1 สัปดาห์

บทบาทผู้เรียน : 2. ผู้เรียนศึกษาค้นคว้างานตามหัวข้อที่ได้รับมอบหมาย

2.2 ภายในคาบเรียน

ขั้นตอนที่ 2 ทดสอบความรู้รายบุคคล

บทบาทผู้สอน : 1. ผู้เรียนทำการทดสอบความรู้พื้นฐานรายบุคคล เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางศัลยกรรม ตามแบบทดสอบที่ผู้สอนได้ออกแบบ โดยเป็นแบบทดสอบจำนวน 10 ข้อ เป็นปรนัย 4 ตัวเลือก เวลา 15 นาที ทดสอบผ่าน Google form

บทบาทผู้เรียน : 1. ผู้เรียนทำการสอบตามแบบทดสอบรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบความรู้รายทีม

บทบาทผู้สอน : 1. ผู้สอนทำการสอบความรู้พื้นฐานเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางศัลยกรรมตามกลุ่มที่ได้แบ่งไว้ โดยแบบทดสอบจะเป็นฉบับเดียวกันกับแบบทดสอบรายบุคคล โดยเป็นแบบทดสอบจำนวน 10 ข้อ เป็นปรนัย 4 ตัวเลือก เวลา 30-40 นาที ทดสอบผ่านแอปพลิเคชัน Quizwhizzer

บทบาทผู้สอน : 2. ส่งเสริมให้ผู้เรียนเป็นผู้นำในการอภิปรายกลุ่ม

บทบาทผู้สอน : 3. อำนวยความสะดวกในการสืบค้น เช่น แหล่งข้อมูลที่เป็นหนังสือ บทความ วิทยานิพนธ์ และสื่อดิจิทัล

บทบาทผู้เรียน : 1. ผู้เรียนแบ่งกลุ่มตามที่ผู้สอนได้กำหนด และเริ่มช่วยกันภายในทีมในการอภิปรายเพื่อหาคำตอบที่ถูกต้องที่สุด และทำแบบทดสอบไปตามข้อเพื่อรับคะแนน

บทบาทผู้เรียน : 2. ผู้เรียน
สืบค้นคำตอบจากแหล่งข้อมูลที่คุณสอนได้เตรียมให้
ขั้นตอนที่ 4 ยื่นอุทธรณ์คำตอบ
ที่ยังมีข้อสงสัย

บทบาทผู้สอน : 1. ผู้สอนเปิด
โอกาสให้ผู้เรียนสอบถามข้อสงสัยในรูปแบบทดสอบ
ตามข้อที่ผู้เรียนยังไม่กระจ่างในคำตอบ หรือข้อที่
หาคำตอบไม่ได้ภายในกลุ่ม โดยขั้นตอนนี้อาจใช้
ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ
จำนวนคำถามที่ผู้เรียนยื่นอุทธรณ์

บทบาทผู้เรียน : 1. ผู้เรียน
สอบถามหรืออุทธรณ์คำตอบ หรือสอบถามข้อสงสัย
ในข้อสอบที่ยังไม่กระจ่าง หรือหาคำตอบไม่ได้

ขั้นตอนที่ 5 ผู้สอนให้ข้อมูล
ป้อนกลับในคำตอบที่ยังมีข้อสงสัย

บทบาทผู้สอน : 1. ผู้สอนให้
ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้เรียนในแบบสอบที่ผู้เรียนยังมี
ความสงสัย ไม่เข้าใจตามที่ผู้เรียนได้ยื่นอุทธรณ์
คำตอบในขั้นตอนที่ 4 และให้ข้อมูลเพิ่มเติมใน
ประเด็นที่ขัดแย้งไม่ชัดเจน พร้อมทั้งสรุปแนวคิด
สำคัญในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทาง
ศัลยกรรม

ขั้นตอนที่ 6 ประยุกต์ใช้ความรู้
ในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน

บทบาทผู้สอน : 1. ผู้สอน
มอบหมายโจทย์สถานการณ์ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหา
ทางศัลยกรรม ได้แก่ โรคผนังหน้าท้องไม่เปิด
(Gastroschisis) โรคไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) และ
โรคลำไส้กลืนกัน (Intussusception) ให้ทีมผู้เรียน
โดยใช้คำถามแบบปรนัย 5 คำถามต่อ 1 เคส และ
คำถามต้องเป็นคำถามที่ผู้เรียนสามารถอธิบาย
คำตอบภายในทีมได้

บทบาทผู้สอน : 2. ผู้สอนให้
ผู้เรียนตอบคำถามจากโจทย์สถานการณ์ผู้ป่วยเด็ก
ที่มีปัญหาทางศัลยกรรม

บทบาทผู้สอน : 3. ผู้สอน
อภิปรายและแก้ไขข้อมูลที่คุณเรียนยังไม่เข้าใจหรือ
ยังไม่กระจ่าง

บทบาทผู้เรียน : 1. แต่ละทีม
ทำการอภิปรายโจทย์สถานการณ์ที่ได้รับมอบหมาย
ภายในทีม เพื่อเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด เพียง 1
ข้อต่อ 1 คำถาม

บทบาทผู้เรียน : 2. แต่ละทีม
แสดงคำตอบที่เลือก โดยแสดงคำตอบพร้อมกัน
และให้ตัวแทนของผู้เรียนแต่ละทีมอธิบายวิธีคิด
แก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 7 ผู้สอนสะท้อนผล
และประเมินผลการเรียนรู้

บทบาทผู้สอน : 1. ผู้สอนทวน
จุดประสงค์ของการเรียนในหน่วย จุดประสงค์และ
ความสำคัญของการประเมินให้แก่ผู้เรียนฟังอีกครั้ง

บทบาทผู้สอน : 2. ผู้สอนให้
ผู้เรียนทำการประเมินเพื่อนในกลุ่ม ในการประเมิน
กระบวนการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมของสมาชิกภายใน
กลุ่ม โดยประเมินในประเด็น การแสดงความคิดเห็น
การรับผิดชอบต่อการทำงานในทีม การมีส่วนร่วม
อภิปรายภายในทีม การยอมรับฟังความคิดเห็น
ของผู้อื่น

บทบาทผู้สอน : 3. ผู้สอนทำ
การรวบรวมคะแนนที่ผู้เรียนทำการประเมินเพื่อน
ในทีม เพื่อใช้เป็นคะแนนเก็บระหว่างเรียน

บทบาทผู้เรียน : 1. ผู้เรียนทำ
แบบประเมินเพื่อนประเมินสมาชิกภายในกลุ่ม โดย
ผู้เรียนมีการจัดลำดับคะแนนของสมาชิกภายใน
กลุ่มจากสูงไปต่ำ

บทสรุป

การนำแนวคิดการจัดการเรียนการสอน โดยทีมเป็นฐานมาใช้ในการจัดการสอนในวิชาชีพ การพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจาก พยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่ หลากหลาย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมี ภาระบบการทำงานเป็นทีมที่ดี โดยจำเป็นต้อง อาศัยการฝึกฝนตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่ง ภาระบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็น ฐานแบ่งเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมอบหมาย งานให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง 2) การทดสอบ ความรู้รายบุคคล 3) การทดสอบความรู้รายทีม 4)

การยื่นอุทธรณ์คำตอบที่ยังมีข้อสงสัย 5) การให้ ข้อมูลย้อนกลับในคำตอบที่ยังมีข้อสงสัย 6) การ ประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน 7) การสะท้อนผลและประเมินผลการเรียนรู้ การสอน นี้จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนา ความรู้ พัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พัฒนา ทักษะการคิดแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล พัฒนา ทักษะการสื่อสารกับเพื่อนร่วมทีมและสหวิชาชีพ อื่น ช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในทีมดีขึ้น สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างราบรื่น และเพิ่ม ความรับผิดชอบให้แก่ นักศึกษาพยาบาลมากขึ้นใน การทำงานร่วมกับผู้อื่น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). นโยบายสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กิตติทัช เขียวฉ้วน และธีระวัฒน์ จันทิก. (2560). การทำงานเป็นทีมสู่การเพิ่มประสิทธิผลในการทำงาน. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 11(1), 355-370.
- ดวงใจ พรหมพยัคฆ์. (2565). การเรียนรู้แบบทีม: การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาการ เรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(1), 23-32.
- ทิตนา แคมมณี. (2564). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. (พิมพ์ ครั้งที่ 25). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พริยา คงรอด, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และเบญจวรรณ พุทธิอิ้งกูร. (2562). ผลของโปรแกรมการทำงานเป็น ทีมต่อคุณภาพบริการพยาบาลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ โรงพยาบาลเอกชนระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง. *พยาบาลสาร*, 46(2), 131-141.
- รชตะ มุลเมือง, สายันต์ บุญใบ, และวรกัญญาพิไล แกะระหัน. (2562). การพัฒนาภาวะผู้นำนักเรียนโรงเรียน บ้านซ่อมกอก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ. *วารสารการบริหารการศึกษา และภาวะผู้นำ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 7(1), 21-29.
- ลำเทียน เฝ้าอาจ. (2559). การทำงานเป็นทีมของข้าราชการครูในโรงเรียนขยายโอกาส อำเภอเมืองตราด สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตราด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศาสตร์ตรา สารราษฎร์ และโกศล สอดส่อง. (2564). การทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัยธรรมศึกษา*, 4(2), 51-60.

- สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. (2564). แนวทางการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนากำลังคนในศตวรรษที่ 21. *คุรุสภาวิทยากร*, 2(1), 1-15.
- สุจิรา วิเชียรรัตน์, ศิริพร ครุฑทาศ, นงนภัทร รุ่งเนย, วลีรัตน์ แตรตุลาการ, และแสงเดือน จักรพันธุ์ ณ อยุธยา. (2561). การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(2), 96-107.
- Branney, J., & Priego-Hernández, J. (2018). A mixed methods evaluation of team-based learning for applied pathophysiology in undergraduate nursing education. *Nurse Education Today*, 61, 127-133.
- Burgess, A., Van Diggele, B., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Team-based learning: Design, facilitation and participation. *BMC Medical Education*, 20(461), 1-7.
- Chung, E., Rhee, J., Baik, Y., & A, OS. (2009). The effect of team-based learning in medical ethics education. *Medical Teacher*, 31(11), 1013-1017.
- Faezi, S. T., Moradi, K., Amin, A. G. R., Akhlaghi, M., & Keshmiri, F. (2018). The effects of team-based learning on learning outcomes in a course of rheumatology. *J Adv Med Educ Prof*, 6(1), 22-30.
- Kim, H., Song, Y., Lindquist, R., & Kang, H. (2016). Effects of team-based learning on problem-solving, knowledge and clinical performance of Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 38, 115-118.
- Ko, E., & Kim, H. Y. (2017). Effects of Simulation-based education combined team-based learning on self-directed learning, Communication skills, Nursing performance confidence and team efficacy in nursing students. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 24 (1), 39-50.
- Michaelsen, L. K., Davidson, N., & Major, C. H. (2014). Team-based learning practices and principles in comparison with cooperative learning and problem-based learning. *Journal on Excellence in College Teaching*, 25(3&4), 57-84.
- Persky, A. M., & Pollack, G. M. (2011). A modified team-based learning physiology course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 75(10), 1-8.
- Roh, Y. S., Kim, S. S., Park, S., & Ahn, J. (2020). Effects of a simulation with team-based learning on knowledge, Team performance, and teamwork for nursing students. *Comput Inform Nurs*, 38(7), 367-372.
- Sharma, A., Janke, K. K., Larson, A., & Peter, W. st. (2017). Understanding the early effects of team-based learning on student accountability and engagement using a three session TBL pilot Currents in Pharmacy. *Teaching and Learning*, 9(5), 802-807.



การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

สกุลวรรณ อร่ามเมือง*

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่นำไปสู่การเสียชีวิตได้ เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยคือ การเฝ้าระวังดูแลเพื่อลดภาวะคุกคามต่อชีวิต พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องมีทักษะทางคลินิกสูงในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว วัตถุประสงค์ในการนำเสนอกรณีศึกษานี้คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และวิเคราะห์เปรียบเทียบความรุนแรงการบาดเจ็บ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและประเมินผลจากการพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดปริมาณมาก เลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะช็อคจากการเสียเลือด และการติดเชื้อทางเดินหายใจ สรุปการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการประเมิน เฝ้าระวัง จัดการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิต

คำสำคัญ: การบาดเจ็บหลายระบบ, กระบวนการพยาบาล, กรณีศึกษาเปรียบเทียบ



Nursing Care for Multiple Trauma: Comparative Case Study

Sakulwan Arammuang*

Abstract

Multiple trauma are the injury with interfering two or more organ systems that are critical and can lead to death. The goal of nursing care for those patients is surveillance care to reduce life-threatening conditions. Nurses are important people who must have high clinical skills in caring for patients by using the nursing process in accordance with the problem, and the needs of patients and families. The purpose of presenting this case study is to comparatively study between two patients with multi-system injuries admitted to Ratchaburi Hospital using the nursing process and the theory of uncertainty in illness, and comparative analysis of injury severity, pathology, signs and symptoms, treatment, and evaluation of nursing care. The results of the study found that case study 1 had shock from the loss of a large amount of blood. Blood flow from the heart in one minute is reduced, and high intracranial pressure. Case study 2 had high intracranial pressure, anemia from blood loss and respiratory infections. Conclusions: This study shows that nurses play an important role in evaluating, monitoring, and managing multisystem trauma care to keep patients safe from life-threatening conditions.

Keywords: Multiple trauma, Nursing process, Comparative case study

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 101-115

* Registered Nurse, Professional level, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author, e-mail: sakulwanaram@gmail.com, Tel. 094-9956952

Received: 20 October 2023, Revised: 30 November 2023, Accepted: 14 December 2023

บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ในปีงบประมาณ 2565 สถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิต จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 มีผู้บาดเจ็บจำนวน 11,466 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวน 200 ราย คิดเป็นอัตรา 23.01 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตในหอผู้ป่วยร้อยละ 11.00 (กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการและการแพทย์ฉุกเฉิน, 2565) โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิมีพันธกิจในการพัฒนาระบบบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านอุบัติเหตุ (Excellent trauma center) จากสถิติหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 843 ราย เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเฉลี่ยปีละ 176 ราย (โรงพยาบาลราชบุรี งานเวชระเบียนและสถิติ, 2565)

การบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) เป็นการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันตั้งแต่ 2 อวัยวะหรือ 2 ระบบขึ้นไป เป้าหมายของการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหลายระบบ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งต้องประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลในการประเมินสภาพ เพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดรอบคอบเพื่อการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและวางแผนปฏิบัติการพยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมๆ กับการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยไปด้วย

กระบวนการพยาบาล คือ การปฏิบัติที่เป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบ เป็นการประยุกต์การคิดอย่างมีวิจารณญาณมาใช้ในทางคลินิก โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล ครอบครัว และชุมชนในแต่ละสถานการณ์ จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้สะดวกในการนำไปใช้โดยยึดชื่อย่อ คือ ADPIE ประกอบด้วยขั้นตอนทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้ (วิจิตร กุสมร, 2562)

A: Assessment คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การซักถาม การตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษต่างๆ เพื่อนำไปวินิจฉัยการพยาบาล

D: Nursing diagnosis คือ การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการระบุถึงปัญหา การวิเคราะห์ตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน ในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ หรือความเจ็บป่วย

P: Planning คือ การวางแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนกิจกรรมที่จะแก้ปัญหาของผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์หรือตัวชี้วัดไว้

I: Implementation คือ การปฏิบัติการพยาบาล โดยการนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้มาปฏิบัติจริง ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างปลอดภัย รวมทั้งบันทึกกิจกรรมพยาบาลทุกครั้ง

E: Evaluation คือ การประเมินผล โดยประเมินผลตามเกณฑ์ผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ เพื่อประเมินความสำเร็จในการแก้ปัญหาและประเมินภาวะสุขภาพอีก (Reassessment) ตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่องตาม ADPIE อีกเป็นวงจรต่อเนื่อง

การศึกษานี้ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับทฤษฎีความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอนในการ

เจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) ในการจัดการ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ในการเจ็บป่วยหมายถึงการที่บุคคลไม่สามารถ ตัดสินสถานภาพของการเจ็บป่วยในขณะนั้น ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์จากการเจ็บป่วยและไม่สามารถอธิบายความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับ เหตุการณ์ได้ มี 4 ลักษณะ คือ 1) ความคลุมเครือ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) ความซับซ้อน ในระบบการดูแล (Complexity) 3) การได้รับ ข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอไม่ชัดเจน (Inconsistency) และ 4) การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการ พยากรณ์โรคได้ (Unpredictability) ผู้ป่วยบาดเจ็บ หลายระบบมีความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย จาก การที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วและตลอดเวลาจาก การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความซับซ้อนของอาการ อีกทั้งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องประสบกับเหตุการณ์ที่ ไม่คาดคิด และไม่มีประสบการณ์มาก่อน ไม่ทราบ การพยากรณ์โรคว่าจะดีขึ้นหรือเลวลง เหล่านี้เป็น ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย การที่จะลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยต้อง จัดการกับปัจจัยทั้ง 3 ด้าน (Mishel, 1990) คือ 1) รูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) โดย การวางแผนการพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่ทำให้อาการเลวลง 2) โครงสร้างของผู้ให้การ สนับสนุน (Structure providers) การสร้างความ น่าเชื่อถือในบุคลากรสุขภาพที่ให้การพยาบาลที่มี มาตรฐาน มีการให้ข้อมูลอาการของผู้ป่วย แผนการ รักษา การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ และการพยากรณ์โรค ด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยการให้ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเพื่อเผชิญ กับเหตุการณ์ การสนับสนุนความรู้และการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และ 3) ความสามารถ

ในการรู้คิดและเข้าใจ (Cognitive capacities) จัดการ กับสิ่งกระตุ้นดังกล่าวข้างต้น เพื่อเพิ่มความสามารถ ในการรู้คิดและเข้าใจผ่านกระบวนการพิจารณา ตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การรู้คิดนี้มีผลต่อ ความสามารถในการเผชิญปัญหาของครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีตัวอย่างและแนวทางการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยใช้ กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลใน การแก้ปัญหา

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาเอกสารทางวิชาการ การวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ หลายระบบ และแนวปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ

2. วิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บ หลายระบบจำนวน 2 ราย ความรุนแรงการบาดเจ็บ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลและให้การ พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย อายุ 48 ปี อาชีพ รับจ้าง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ปีที่ 6 ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคม มีมารดาและ ภรรยาเป็นผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ดังนี้ 1) Traumatic intracerebral hemorrhage left fronto- temporal 2) Subdural hematoma และ 3) Fracture right zygoma เข้ารับการรักษาวันที่ 9-23 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 รวมวันรักษา 14 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทย อายุ 67 ปี อาชีพ รับจ้าง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษา ปีที่ 6 ใช้สิทธิการรักษาประกันพระราชบัญญัติรถ และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีภรรยาและ บุตรสาวเป็นผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ดังนี้ 1) Subdural

hematoma 2) Intracerebral hemorrhage 3) Skull fracture 4) Open fracture of Left distal clavicle 5) Fracture left rib 7-9th และ 6) Fracture Le Fort I

เข้ารับการรักษาวันที่ 2-13 ตุลาคม พ.ศ. 2565 รวมวันรักษา 12 วัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญ	ไม่รู้สึกตัวหลังขึ้นรถจักรยานยนต์ชนรถกระบะ 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มูลนิธินำส่งโรงพยาบาลราชบุรี	ไม่รู้สึกตัว มีเลือดออกหูซ้ายและจมูก 2 ข้าง หลังขึ้นรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์ล้มศีรษะกระแทกพื้น 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล รับส่งต่อจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขึ้นรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัยชนรถกระบะ ไม่รู้สึกตัว Glasgow coma score (GCS) E1V1M5 pupil right 2 mm left 4 mm non reaction to light มีเลือดออกปากและจมูกทั้งสองข้าง ตาขาวบวมม่วงซ้ำ มีแผลถลอกโหนกแก้มขวาและคางด้านขวา นำส่งโรงพยาบาลราชบุรีโดยรถมูลนิธิ	4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขึ้นรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัยชนรถจักรยานยนต์ล้มศีรษะกระแทกพื้น ไม่รู้สึกตัว มีเลือดออกหูซ้ายและจมูก 2 ข้าง ระดับความรู้สึกตัวที่โรงพยาบาลแรก Glasgow coma score (GCS) E4V3M4 pupil right 5 mm. non reaction to light left 3 mm. reaction to light รับส่งต่อจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว 10 ปีก่อนประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม มีกระดูกไหปลาร้าหัก ไม่ได้รับการผ่าตัด ไม่มียาที่ใช้ประจำ	ไม่มีโรคประจำตัว เคยนอนโรงพยาบาลเมื่อ 4 ปีก่อน ผ่าตัดไส้เลื่อน
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดามีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง	ภรรยาไม่มีโรคภูมิแพ้



ตารางที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติดต่างๆ	ไม่มีประวัติแพ้ยาและสารเคมี ไม่มีประวัติแพ้อาหาร สู้บไบกจากวันละ 20 มวน เป็นเวลามากกว่า 20 ปี ตื่นสุราวันละ 2-3 ขวด เป็นเวลา 10 ปี อุบัติเหตุครั้งนี้ไม่ได้ตื่นสุราขณะขับขีรถจักรยานยนต์	ไม่มีประวัติแพ้ยาและสารเคมี ไม่มีประวัติแพ้อาหาร ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา
อาการแรกเริ่ม	E1V1M5 pupil right 2 mm. left 4 mm. non reaction to light มีเลือดออกปากและจมูก 2 ข้าง ตาข้างขวาม่วงซ้ำ มีแผลถลอกโหนกแก้มและคางข้างขวา อุณหภูมิ 36°C ชีพจร 56 bpm การหายใจ 24 bpm ความดันโลหิต 139/76 mmHg Oxygen saturation 98%	E1VTM4 pupil right 5 mm. non reaction to light left 3 mm. reaction to light มีเลือดออกหูซ้ายและจมูก 2 ข้าง ตาขาวบวมปิด มีแผลฉีกขาดเหนือคิ้วขวาเย็บมาแล้ว ใบหน้าบวม อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 96 bpm การหายใจ 16 bpm ความดันโลหิต 147/116 mmHg. Oxygen saturation 100%
การตรวจพิเศษ CT brain	1. Epidural hematoma right temporal 4.7 x 1.3 x 2.9 cm. 2. Subdural hematoma left fronto-parieto-temporal lobe 1.6 cm in thickness 3. Multiple Intraparenchymal hemorrhage. 4. Midline shift to the right 1.5 cm.	1. Subdural hematoma Right cerebral 1.1 cm. in thickness 2. Intraparenchymal hemorrhage right temporal lobe 1.9 x 2.5 cm. left temporal lobe 4.3 x 1.7 cm. 3. Transtentorial herniation 4. Midline shift to the left 1.2 cm.
Film Chest	ปกติ	1. Fracture left rib 7-9 th no pneumo – hemothorax 2. Open Fracture of left distal clavicle
FAST	Negative	Negative
การรักษา	1. Left Craniectomy clot removal 2. Tracheostomy	1. Right Craniectomy clot removal 2. Excision debridement left clavicle 3. Tracheostomy



กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เหมือนกันที่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ไม่สวมหมวกนิรภัย ทำให้เกิดการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าระดับเล็กน้อยถึง 11.26 เท่า (เฟื่องสิริ ต่อดำรงค์, 2560) ระดับความรู้สึกตัวหลังเกิดอุบัติเหตุจากคะแนนรวมกรณีศึกษาที่ 1 คะแนน GCS=7 (E1V1M5) จัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (Severe head injury) กรณีศึกษาที่ 2 คะแนน GCS=11 (E4V3M4) จัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บศีรษะปานกลาง (Moderate head injury) (นครชัย เพื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562) ระยะเวลาที่เกิดอุบัติเหตุช่วงเวลา 18.00-19.00 น. เป็นช่วงเวลาที่ทัศนวิสัยในการขับขี่ไม่ดี ประกอบกับกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่สายตายาว มองภาพใกล้ไม่ชัด ความไวในการมองภาพลดลง การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2565) เท่ากับกรณีศึกษาที่ 1 ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันในเรื่องของความรุนแรงของการบาดเจ็บ กรณีศึกษาที่ 1 มีการบาดเจ็บทางสมองรุนแรงกว่าจากการมีแรงกระทำภายนอกที่มากระทำมากกว่าจากการชนกับรถกระบะ การศึกษาปัจจัยทำนายความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง พบว่า ระดับ GCS แรกรับ 3-8 ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บการที่มีเลือดออกในชั้นอแรชนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) เป็น

ปัจจัยในการทำนายความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง (ปลมา โสบุตย์ และนิชาภัตร พุฒิกามิน, 2565) การมีเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จะมีการทำลายและกดเนื้อสมองบริเวณนั้น และรอบๆ ก้อนเลือดทำให้สมองบวม จากการกดทับของก้อนเลือดมีผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure) จากผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์กรณีศึกษาที่ 1 มีเลือดออกในชั้นเนื้อเยื่อหุ้มสมอง ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดुरา และเลือดออกในเนื้อสมองหลายตำแหน่ง ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดुरา และเลือดออกในเนื้อสมองเพียง 2 ตำแหน่ง ส่วนการที่มีสมองเคลื่อน (Herniation) ไม่สามารถทำนายความรุนแรงของการบาดเจ็บของสมองได้ แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีการบาดเจ็บระบบอื่นมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เกิดจากการที่ลักษณะการเกิดเหตุ นั้น กรณีศึกษาที่ 2 กำลังเลี้ยวรถและถูกรถจักรยานยนต์ชนกลางคัน ล้มศีรษะและลำตัวด้านซ้ายกระแทกพื้นถนน ทำให้กระดูกไหปลาร้าข้างซ้าย กระดูกซี่โครงข้างซ้ายซี่ที่ 7-9 หัก จากการเป็นผู้สูงอายุกระดูกมีมวลกระดูกบาง เพราะแคลเซียมสลายจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะหักได้ง่ายเมื่อมีแรงมากระแทก (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2565) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นจากกู้ชีพซึ่งเป็นผู้มีความรู้ในการช่วยเหลือเบื้องต้นได้รับการป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้านพยาธิสภาพ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. บาดเจ็บที่สมอง มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราบริเวณขมับข้างขวา ขนาด $4.7 \times 1.3 \times 2.9$ ซม. (17.7 มล.) เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราบริเวณกลีบสมองด้านหน้า ด้านข้างและขมับข้างซ้าย หนา 1.6 ซม. มีเลือดออกในเนื้อสมองหลายตำแหน่งและมีแกนสมองเบียดไปด้านขวา 1.5 ซม. 2. กระดูกโอบหน้าส่วนโนกแก้มหัก	1. บาดเจ็บที่สมองมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราข้างขวาหนา 1.1 ซม. มีเลือดออกในเนื้อสมองสองตำแหน่งบริเวณกลีบสมองด้านขวา ขนาด 1.9×2.5 ซม. (4.75 มล.) และกลีบสมองด้านซ้ายขนาด 4.3×1.7 ซม. (7.31 มล.) มีสมองบวมแกนสมองเบียดไปด้านซ้าย 1.2 ซม. และมีการเคลื่อนตัวของสมอง 2. บาดเจ็บทรวงอกมีกระดูกซี่โครงซี่ที่ 7-9 ด้านซ้ายหักไม่มีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด 3. มีกระดูกไหปลาร้าส่วนปลายด้านซ้ายหัก 4. กระดูกโอบหน้าส่วนขากรรไกรหัก

การบาดเจ็บของศีรษะ ทำให้กะโหลกศีรษะแตก เยื่อหุ้มสมองฉีกขาดจากการที่มแท่งของกะโหลกศีรษะ แรงเร่ง แรงเฉื่อย (Acceleration-deceleration) ทำให้เกิดการหมุนหรือบิดตัวของกะโหลกศีรษะและสมอง เกิดมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองถึงภายในเนื้อสมอง ฐานกะโหลกศีรษะแตก กดลงด้านล่าง มักมีการฉีกขาดของหลอดเลือด ส่งผลให้มีเลือดไหลออกทางจมูก หู การที่เนื้อเยื่อสมองได้รับบาดเจ็บ เกิดการอักเสบและบวมของสมองจนเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง แกนสมองถูกเบียด ความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มมากขึ้น สมองถูกเบียดให้เคลื่อน (Brain herniation) ไปกดก้านสมอง ศูนย์ควบคุมการหายใจถูกกด คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง จะมีอาการระดับความรู้สึกตัวลดลง รูม่านตาเปลี่ยนแปลงขนาดทั้งสองข้างไม่เท่ากัน การที่ศูนย์ควบคุมการหายใจถูกกด ทำให้การหายใจล้มเหลว (วิจิตร ฤกษ์, 2565)

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีเลือดออกในสมองเหมือนกัน แตกต่างกันที่กรณีศึกษาที่ 1 มีเลือดออกขนาดใหญ่กว่าและมีเลือดออกในสมองทั้งเหนือชั้นดูรา ใต้ชั้นดูรา และเลือดออกในเนื้อสมองหลายตำแหน่ง การเข้าถึงการรักษาที่เร็วกว่าของกรณีศึกษาที่ 1 ถูกนำส่งโรงพยาบาลภายใน 20 นาที หลังเกิดเหตุ และได้รับการผ่าตัดทันที เนื่องจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีประสาทศัลยแพทย์แตกต่างจากกรณีศึกษาที่ 2 ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งหลังเกิดเหตุใช้เวลา 3 ชั่วโมง 35 นาทีในการเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลที่มีประสาทศัลยแพทย์และได้รับการผ่าตัดทันทีที่มาถึง กรณีศึกษาที่ 2 มีเลือดในสมองขนาดเล็กกว่าแต่มีการกดเบียดของแกนสมองและการเคลื่อนที่ของสมองแสดงถึงการมีความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มมากขึ้นจากภาวะสมองบวม ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยหลังจากบาดเจ็บศีรษะ (Nickson, 2015) การที่ร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลภายในกะโหลกศีรษะ

ได้ ช่วงแรกร่างกายจะชดเชยโดยการลดปริมาณเลือดดำในสมองและการผลิตน้ำไขสันหลังลดลง แต่ถ้าความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นจะทำให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนลดลง สมองขาดเลือด และสมองเคลื่อนซึ่งอันตรายถึงชีวิต (อรุณี เสงยคมมาก และวิจิตรา สุขุม, 2556) ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีกระดูก

ใบหน้าหักเหมือนกันแต่แตกต่างที่กรณีศึกษาที่ 1 กระดูกส่วนโหนกแก้มหัก กรณีศึกษาที่ 2 กระดูกส่วนขากรรไกรหัก และมีการบาดเจ็บของทรวงอก กระดูกไหปลาร้าหักร่วมด้วย การรักษากระดูก ใบหน้าหักกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์นิยม (Conservative treatment)

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้านอาการและอาการแสดงแรกเริ่ม

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว E1V1M5 pupil right 2mm. left 4 mm. non reaction to light both eyes มีเลือดออกปากและจมูกทั้งสองข้าง ตา ขาวบวมม่วงซ้ำ มีแผลถลอกโหนกแก้มขวาและคาง ด้านขวาหลังทำ CT brain E1VTM1 pupil right 2 mm. left 5 mm. non reaction to light both eyes	แรกเริ่มที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว E4V3M4 pupil right 5 mm. non reaction to light left 3 mm. reaction to light มีเลือดออก หูซ้ายและจมูก 2 ข้าง ที่ห้องฉุกเฉิน รพ.ราชบุรี E1VTM4 pupil right 5 mm. non reaction to light left 3 mm. reaction to light

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการบาดเจ็บที่ศีรษะเหมือนกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (GCS=7) กรณีศึกษาที่ 2 มีการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (GCS=11) แต่ต่อมาพบว่าทั้ง 2 รายมีอาการทรุดลงจากการมีเลือดออกในสมองเหมือนกัน แต่แตกต่างกันที่กรณีศึกษาที่ 1 มีเลือดออกในสมองทั้งสองข้าง แต่ปริมาตรเลือดสมองด้านซ้ายมากกว่ามีการกดเบียดของสมองด้านซ้ายและกด Cranial nerve คู่ที่ 3 ที่มีชื่อว่า

Oculomotor nerve ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการหดของรูม่านตาให้มีขนาดเล็กลงเมื่อมีการกดเบียดทำให้รูม่านตาข้างซ้ายขยายและไม่ตอบสนองต่อแสง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีเลือดออกในสมองด้านขวาทำให้รูม่านตาข้างขวาขยายและไม่ตอบสนองต่อแสง กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีฐานกะโหลกศีรษะแตก จึงทำให้มีเลือดออกจุมูกและหู รอยเขียวซ้ำบริเวณรอบขอบตา (Periorbital ecchymosis)

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้านการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. Left Craniectomy clot removal	1. Right Craniectomy clot removal
2. Tracheostomy	2. Excision debridement left clavicle
	3. Tracheostomy



กรณีศึกษาทั้ง 2 รายทำผ่าตัด Craniectomy เหมือนกันแต่ผ่าตัดคนละด้านเพื่อนำก้อนเลือดที่ ออกในสมองออก แล้วเย็บ Skin flap ไว้โดยตัด กะโหลกศีรษะส่วนที่เปิดออกไป (ไม่เย็บปิด Bone flap) จะทำในรายไม่สามารถปิดกะโหลกศีรษะลง ได้เนื่องจากสมองบวมมาก (วิจิตรา กุสุมภ์, 2565) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เจาะคอเหมือนกันเนื่องจากไม่สามารถหายใจได้เอง จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ

ต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัดเพื่อประคับประคองการ ทำหน้าที่ของระบบหายใจ และการแลกเปลี่ยน ออกซิเจน จึงต้องคาท่อช่วยหายใจไว้ในระยะหลัง ผ่าตัดกะโหลกศีรษะ กรณีศึกษาที่ 2 ทำผ่าตัดกำจัด เนื้อตายที่แผลบริเวณไหปลาร้าข้างซ้ายเนื่องจากมี ไหปลาร้าข้างซ้ายหักและมีแผลเปิด มีกระดูกซี่โครง ซี่ที่ 7-9 ด้านซ้ายหักไม่มีลมและเลือดออกในเยื่อ หุ้มปอด จึงไม่ต้องใส่ท่อระบายทรวงอก

ตารางที่ 5 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้านการประเมินสภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 1,500 มล. ความดัน โลหิต 100/60 mmHg. ชีพจร 120 bpm ก่อน ผ่าตัดปัสสาวะออก 300 มล. ระหว่างการผ่าตัด ปัสสาวะ 0 มล. ก่อนผ่าตัด Hematocrit 39.7% Platelet count 167,000 cell/L ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาทความดันโลหิตต่ำ 68/46 mmHg ชีพจร 61 bpm Hematocrit 26.2% Platelet count 149,000 cell/L PT 17.5 sec. PTT 32.3 sec. INR 1.54 วันที่ 2 อุณหภูมิ 36 °C ชีพจร 76 bpm การ หายใจ 16 bpm ความดันโลหิต 120/86 mmHg 2. หลังผ่าตัดวันแรก E1VTM1 pupil right 2 mm. left 5 mm. non reaction to light วันที่ 2 E1VTM4 pupil right 2 mm. left 4 mm. non reaction to light วันที่ 13 E4VTM4 pupil right 2.5 mm. left 3 mm. reaction to light 3. ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เริ่มหย่า เครื่องช่วยหายใจ PSV mode สามารถหายใจ ได้เองผ่านเครื่องช่วยหายใจนาน 4 วัน ไม่มีการ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	1. ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 500 มล. ก่อนผ่าตัด Hematocrit 43.1% Platelet count 301,000 cell/L หลังผ่าตัด 25% 2. หลังผ่าตัดวันแรก E1VTM4 pupil right 4 mm non reaction to light left 2 mm. slow reaction to light วันที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการเกร็งมากขึ้น E1VTM3 pupil right 4 mm. non reaction to light left 2.5 mm. slow reaction to light วันที่ 4 E1VTM4 pupil right 3 mm. non reaction to light left 2.5 mm. slow reaction to light 3. มีติดเชื้อที่ปอด ผล Sputum culture พบเชื้อ Numerous Klebsiella pneumoniae และ Numerous Acinetobacter baumannii มีไข้ อุณหภูมิ 38 °C

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายทำผ่าตัด Craniectomy เหมือนกันแตกต่างกันที่กรณีศึกษารายที่ 1 เสียเลือดระหว่างการผ่าตัดมากกว่า มีประวัติดื่มสุราวันละ 2-3 ขวด เป็นเวลา 10 ปี ผลตรวจค่าเอนไซม์ตับ AST, ALT สูง Coagulogram นานกว่าปกติ ทำให้กระบวนการการแข็งตัวของเลือดช้ากว่าปกติ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของระบบ Hemostasis ของร่างกายอันเนื่องมาจากการผ่าตัด การสูญเสียเลือด ภาวะช็อก สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด (วรพลรัตน์เลิศ และสุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธยา, 2565) เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดถึง 30% ของร่างกายเป็นภาวะช็อกระดับ 3 (นรชาติ ศิริศรีธีรวิทย์, 2565) ร่างกายมีการปรับตัวมีการตอบสนองกระตุ้น Adrenal medulla หลั่ง Norepinephrine ทำให้หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำหดตัว หัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น การตอบสนองทางเคมี มีการหลั่งเรนิน (Renin) ออกมาสร้างแองจิโอเทนซิน 1 (Angiotensin I) และแองจิโอเทนซิน 2 (Angiotensin II) ไปกระตุ้นเอนโดสเทอโรน (Endosterone) และต่อมใต้สมอง จึงหลั่งฮอร์โมน ADH (Antidiuretic hormone) เพื่อเพิ่มการดูดกลับของโซเดียมและน้ำ เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือด และความดันโลหิต (อรุณเษยศมาก, 2565) การตอบสนองดังกล่าวทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลงจึง ไม่มีการขับปัสสาวะ

กรณีศึกษาที่ 2 หลังผ่าตัดวันแรก มีการฟื้นตัวดีกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งอยู่ในภาวะช็อก แต่หลังจากควบคุมภาวะช็อกได้แล้วกรณีศึกษาที่ 1 มีการฟื้นตัวที่ดีกว่า ปัจจัยหนึ่งคือผู้ป่วยอายุน้อย

กว่าการฟื้นตัวดีกว่า กรณีศึกษาที่ 2 ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุ ในระบบประสาทขนาดของสมองลดลง จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2565) อีกทั้งมี Transtentorial herniation แสดงถึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง GCS ลดลงจากเดิมรูม่านตาขนาดโตขึ้นกว่าเดิม การเคลื่อนไหวเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดผู้ป่วยเกร็งแขนแบบ Abnormal flexion ซึ่งแสดงว่าสมองใหญ่เสียหายที่จนถึงระดับ Diencephalon (วิจิตรากุสมภ์, 2565) และมีการติดเชื้อที่ปอด ทำให้การฟื้นตัวช้ากว่า

กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทำให้สามารถฝึกการหายใจเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 10 ของการรักษา กรณีศึกษาที่ 2 มีการติดเชื้อที่ปอดซึ่งเป็นปัจจัยทำนายที่มีผลต่อระยะเวลาการหายใจเครื่องช่วยหายใจมากที่สุด การติดเชื้อที่ปอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในปอดเกิดการบวม น้ำของถุงลมและทำให้ปอดได้รับการบาดเจ็บอย่างเฉียบพลัน เมื่อเกิดการติดเชื้อที่ปอดส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์น้อยกว่าปกติ จึงส่งผลต่อการหายใจเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว (กมล แหม่มรักษา และฉันทมัย ศรีหมาด, 2557) กรณีศึกษาที่ 2 ยังไม่สามารถหายใจเครื่องช่วยหายใจได้ และจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อที่ปอดและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาปฏิชีวนะเพิ่มเติมอีกปัญหาหนึ่ง

ตารางที่ 6 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้านข้อวินิจฉัยการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากปริมาตรเลือดและน้ำในร่างกายลดลง	1. ภาวะช็อคจากการเสียเลือดแต่ไม่ส่งผลต่อ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (CO)
2. ระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากภาวะ สมองบวมและมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ สูง	2. ระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากภาวะสมอง บวมและมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
3. เสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจาก สมองได้รับบาดเจ็บและช็อคจากการเสียเลือด	3. มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด
4. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อของปอดเนื่องจากการใส่ ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ	4. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากไม่สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ
5. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากไม่สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ	5. ครอบคลุมวิกฤตกังวลเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการ เจ็บป่วยวิกฤต
6. ครอบคลุมวิกฤตกังวลเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการ เจ็บป่วยวิกฤต	6. ญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
7. ญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง	

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด Cardiac out put ลดลง พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อจัดการกับภาวะ คุกคามต่อชีวิต การเฝ้าระวังระบบไหลเวียนโลหิต ด้วยการติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที รายงาน แพทย์ทันทีที่พบความผิดปกติ การให้เลือดทดแทน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด กรณีศึกษารายที่ 2 มีการเสียเลือดน้อยกว่าและ ไม่ได้มี ปัญหาเรื่องระบบไหลเวียนเลือด (Hemodynamic) แต่มีความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหลอดเลือดต่ำกว่าปกติ ทำให้การนำ ออกซิเจนไปสู่เซลล์ไม่เพียงพอ และมีการติดเชื้อ ซึ่งเพิ่มการเผาผลาญในร่างกายจากภาวะไข้

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความดันในกะโหลก ศีรษะสูงเหมือนกัน แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีปัจจัยเสริม

คือ การมีไข้ ทำให้เพิ่มการเผาผลาญในเซลล์สมอง และสมองบวมขึ้น (วิจิตรา กุสมภ์, 2565) บทบาท พยาบาลคือการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อจัดการ กับปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้หลัก ABCs ในการดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (กรรณิกา รักยิ่งเจริญ อารณีย์ ไทยกล้า และ ประภาพร สุวรรณภูมิ, 2561) ได้แก่ การดูแลให้ ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การควบคุม ความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/100 มิลลิเมตรปรอท การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบต่อการพักผ่อน ลด การทำกิจกรรมพยาบาลที่บ่อนทำลายไป การจัดทำ นอนศีรษะสูง 30 องศา ช่วยเพิ่มการไหลเวียนกลับ ของเลือดดำจากสมองสู่หัวใจทำให้ภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะ (ICP) ลดลง ดูแลให้ร่างกายได้รับ ออกซิเจนเพียงพอกับระบบการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้น



จากภาวะไข้ และเป็นการช่วยบรรเทาภาวะสมอง บวม การประเมินความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ด้วยการสังเกตอาการแสดงของเกลือแร่เสียสมดุล ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ชดเชยทางหลอดเลือดดำให้เป็นไปตามแผนการรักษา สังเกตและบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกาย และขับออกมา ให้สมดุลกัน สังเกตอาการบวม น้ำ การประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วย Glasgow coma score การควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจเหมือนกันแต่กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีการติดเชื้อที่ปอดบพบาทยพยาบาล คือ การจัดระบบการดูแลแก้ไขปัญหาการติดเชื้อที่ปอด ด้วยการใส่ยาปฏิชีวนะและสังเกตเฝ้าระวังผลข้างเคียง และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาปฏิชีวนะพร้อมกันด้วย โดยเฉพาะผลข้างเคียงต่อการทำหน้าที่กรองของเสียและน้ำที่ไตและป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนทั้งในระบบทางเดินหายใจใช้ VAP care bundle และในส่วนอื่นๆ เช่น แผลและทางเดินปัสสาวะ ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต การเตรียมความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต การหย่าเครื่องช่วยหายใจล่าช้าส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้น

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เหมือนกัน คือ การเจ็บป่วยวิกฤตมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ครอบครัวมีความวิตกกังวลและเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บทบาทพยาบาลคือการจัดการดูแลโดยนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมาปรับใช้ในกระบวนการพยาบาล การจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านรูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) ประกอบด้วย การเจ็บป่วยรุนแรง

กับอวัยวะสำคัญหลายระบบ ประเมินอาการ อาการแสดง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างละเอียดรอบคอบ และถ่วงเพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยเหลือให้การพยาบาลเพื่อให้อาการค่อยๆ บรรเทา และสื่อสารให้ญาติ หรือครอบครัวผู้ป่วย เข้าใจกระบวนการรักษาพยาบาล ด้านโครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุน (Structure providers) การสร้างความน่าเชื่อถือในบุคลากรสุขภาพโดยการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน มีการสื่อสารให้ข้อมูลอาการของผู้ป่วย แผนการรักษา การพยาบาลและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับตลอดจนบทบาทที่ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมสนับสนุนหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติได้ และสื่อสารการพยากรณ์โรคให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจหรือรับทราบเป็นระยะตามสภาพความเป็นจริง ด้านการสนับสนุนทางสังคม มีการให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การที่ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นการเพิ่มความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้ (สฤพลวรรณ อร่ามเมือง ทิพา ต่อสกุลแก้ว และวินัส ลิฬหกุล, 2562)

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังจากผ่านพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยมีความพิการ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงหลายด้าน มีภาวะพึ่งพิงที่ครอบครัวต้องมารวบรวมดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นตัว เนื่องจากภาวะติดเชื้อ บพบาทยพยาบาล คือการจัดระบบในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วางแรก ๆ โดยการให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และฝึกฝนการทำกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อให้ญาติได้ค่อย ๆ เรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแล ตลอดจนการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และมีทักษะที่จำเป็นพื้นฐาน



ในการดูแลผู้ป่วยได้ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนที่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือจำหน่ายกลับไปพักที่บ้าน กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดก่อนจำหน่ายกลับบ้านต่อไป พยาบาลในโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องส่งต่อการพยาบาล และการดูแลให้กับทีมพยาบาลในโรงพยาบาลต้นสังกัดอีกด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง และเลือดออกในกะโหลกศีรษะจนเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เลือดออกในกะโหลกศีรษะและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะช็อคจากการเสียเลือด การติดเชื้อที่ปอด ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ ถ้าพยาบาลที่รับผิดชอบให้การพยาบาลในภาวะวิกฤต และสามารถคัดกรองอาการผิดปกติที่คุกคามชีวิตได้อย่างทันท่วงที มีสมรรถภาพในการดูแลและประยุกต์เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเพื่อประคับประคองการทำงานของอวัยวะสำคัญๆ ที่จำเป็นต่อการมีชีวิตได้อย่างดี หากพยาบาลไม่สามารถประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น

หลายระบบแบบซับซ้อนได้ จะไม่สามารถออกแบบระบบการจัดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดการพิการและสูญเสียชีวิตได้ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต คือ การจัดระบบการพยาบาลผู้ป่วยให้รอดชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย การประเมินสภาพผู้ป่วยและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ หากพบสิ่งผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทันทีเพื่อการแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิต กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและการจัดกระบวนการพยาบาลเพื่อจัดการกับภาวะคุกคามต่อชีวิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคาม สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ จนเข้าสู่ระยะฟื้นตัวและส่งกลับไปรักษาโรงพยาบาลต้นสังกัดได้ การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นคู่มือให้พยาบาลสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย
2. ควรนำผลจากการพัฒนาแนวปฏิบัติไปพัฒนาต่อยอดงานประจำ สู่งานวิจัยที่มีน้ำหนักความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, อาภรณ์ ไทยกกล้า, และประภาพร สุวรรณบุญ. (2561). การใช้หลัก ABCs ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(ฉบับพิเศษ), 12-19.
- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการและการแพทย์ฉุกเฉิน. (2565). *สรุปสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดราชบุรี*. <http://www.rbpho.moph.go.th>
- นครชัย เผื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ*. พรอสเพอริสพลัส.



- นรชาติ ศิริศรีตรีรักษ์. (2565). การตรวจประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและภาวะฉุกเฉินทางออร์โธปิดิกส์. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/education/textbook/pdf/orthopaedictrauma2019/13%20OrthoTrauma%20P188-203.pdf>
- ปลมา โสบุตร์ และณิชาภัทร พุฒิกามิน. (2565). ปัจจัยทำนายความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(1), 77-87.
- เฟื่องสิริ ต่อดำรงค์. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บศีรษะของผู้ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 36(3), 138-144.
- ภมร เข้มรักษา และธัญมัย ศรีหมาด. (2557). ปัจจัยทำนายระยะเวลาหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินหายใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 36-46.
- โรงพยาบาลราชบุรี งานเวชระเบียนและสถิติ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1. (2565). *รายงานสถิติประจำปี 2559. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชบุรี*.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2565). *การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ*. Faculty of Nursing Mahidol University, https://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/FN/COE_gerontological/article.html
- วรพล รัตนเลิศ และสุรศักดิ์ สังข์พิต ณ อยุรยา. (2565). *Coagulopathy in surgical critical care patients Point of care assessment and management*. Anyflip. <https://anyflip.com/pvoig/bfyi/basic>
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2562). บทนำเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร (บ.ก.), *ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล*. (น.1-19). พี.เค.เค.พรินท์ติ้ง.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2565). ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บ.ก.), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (น.366-429). พี.เค.เค.พรินท์ติ้ง.
- สกุลวรรณ อร่ามเมือง, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และวินัส ลิฬหกุล. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 77-89.
- อรุณี เสงยศมาก และวิจิตรา กุสุมภ์. (2556). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ (บ.ก.), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (น.345-400). ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- อรุณี เสงยศมาก. (2565). การจัดการผู้ป่วยภาวะช็อก. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บ.ก.), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (น.157-197). พี.เค.เค.พรินท์ติ้ง.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness Image. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- Nickson, C. (2015). *Rapid Sequence Intubation (RSI)*. <http://lifeinthefastlane.com>



บทบาทของพยาบาลกับการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่เพื่อป้องกัน

และดูแลแผลกดทับ: การทบทวนวรรณกรรม

ศรินันท์ อ่อนพุทธา*, ดารารัตน์ ชูวงศ์อินทร์**, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล***, รัตนา จุลสวัสดิ์****

บทคัดย่อ

แผลกดทับยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับและดูแลแผลกดทับ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในการจัดการกับแผลกดทับเพื่อช่วยให้แผลกดทับดีขึ้น การดูแลผิวหนังของผู้ป่วยถือว่าเป็นหนึ่งในวิธีการดูแลและป้องกันแผลกดทับ มีผลิตภัณฑ์หลายชนิดที่ใช้ดูแลผิวหนังเพื่อลดการเกิดและช่วยรักษาแผลกดทับ แต่ผลิตภัณฑ์บางชนิดมีราคาค่อนข้างแพงและหาซื้อได้ยาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่เป็นอีกทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ เนื่องจากมีราคาถูกหาซื้อได้ง่าย และมีความปลอดภัยหากใช้อย่างถูกต้อง บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการนำปิโตรเลียมเจลลี่ไปใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและดูแลแผลกดทับ รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลต่อเนื่องอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทของพยาบาล, ปิโตรเลียมเจลลี่, แผลกดทับ, ทบทวนวรรณกรรม

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566 หน้า 116-128

* พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬารัตน์

** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์

*** รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์

**** หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์

Corresponding author, e-mail: sirinan.onp@cra.ac.th, Tel. 083-6678218

วันที่รับบทความ: 22 ตุลาคม 2566, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 1 ธันวาคม 2566, วันที่ตอบรับบทความ: 12 ธันวาคม 2566



Nurses' Roles in Using Petroleum Jelly for Prevention and Management of Pressure Sore: A Review of Literature

Sirinun Onputtha*, Dararat Chuwongin**, Sirikorn Kongwattanakul***, Rattana Julsawad****

Abstract

Pressure ulcers have been considered significant issues affecting quality of life among patients and their families. Nurses play a pivotal role in preventing pressure ulcers proactively. Nurses need to know how to manage and care for pressure ulcers appropriately. Skin care is viewed as one of the protective approaches and management of pressure ulcers. Currently, various types of products can heal and reduce of pressure ulcers. However, some products are costly and less available to consumers. Petroleum jelly can be an alternate choice for wound care as it is inexpensive, easy to access, and safe for utilization if applied appropriately. This article presents the roles of nurses in using petroleum jelly for skin, especially for the prevention and management of pressure ulcers. In addition, their roles include providing education for patients and their families to continue skin care continuously to promote their quality of life in the future.

Keywords: Nursing role, Petroleum jelly, Pressure ulcer, Literature reviews

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 116-128

* Registered Nurse, Inpatient Department, Chulabhorn Hospital

** Registered Nurse, Nursing Department, Chulabhorn Hospital

*** Deputy Director of Nursing, Chulabhorn Hospital

**** Director of Nursing, Chulabhorn Hospital

Corresponding author, e-mail: sirinan.onp@cra.ac.th, Tel. 083-6678218

Received: 22 October 2023, Revised: 1 December 2023, Accepted: 12 December 2023



บทนำ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในโรงพยาบาลทั่วโลก จากสถิติย้อนหลังช่วงปี พ.ศ. 2551–2561 พบว่า ความชุกของการเกิดแผลกดทับเท่ากับร้อยละ 12.8 และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระหว่างนอนโรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 8.4 อีกทั้งยังพบว่า ระยะของแผลกดทับที่พบบ่อยคือ ระยะที่ 1 (43.5%) และระยะที่ 2 (28.0%) ตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ บริเวณก้นกบ สันเท้า และสะโพก ตามลำดับ (Li, Lin, Thalib & Chaboyer, 2020) ในสหรัฐอเมริกาพบอัตราการอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสูงถึงร้อยละ 4-38 และมีอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากแผลกดทับในผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 68 (Borojeny et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการเกิดแผลกดทับคือ การเกิดการติดเชื้อที่แผล ซึ่งการติดเชื้อที่ตามมาทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา และร้ายแรงที่สุดคือทำให้เสียชีวิตในเวลาต่อมา อีกทั้งยังพบว่า ผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับทำให้ระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาลยาวนานขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Espejo et al., 2018)

แม้ว่าผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับจะรุนแรง แต่แผลกดทับสามารถป้องกันและรักษาได้หากแผลกดทับนั้นยังเป็นระยะที่ 1 และระยะที่ 2-3 ก็สามารถป้องกันไม่ให้ลุกลามได้ถ้าได้รับการรักษาที่เหมาะสม (National Clinical Guideline Centre, 2014) ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการป้องกันแผลกดทับและการป้องกันการลุกลามของแผลกดทับเช่น แนวทางป้องกันแผลกดทับในโรงพยาบาลหรือชุมชน เป็นต้น ซึ่งประกอบไปด้วย 6 หมวด คือ 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การป้องกัน

การเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การดูแลสภาพผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้นั้นพบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับร้อยละ 100 (คูขวัณมาลีวงศ์, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนาพิงศิริ (2559) ที่พบว่าการดูแลผิวหนังด้วยผลิตภัณฑ์ที่เป็นสูตรผสมระหว่างปิโตรเลียมเจลลี่กับแป้งที่มีส่วนผสมของซิงค์ออกไซด์มีผลช่วยลดการอักเสบของผิวหนังได้

ปัจจุบันหน่วยบริการด้านสุขภาพมีการนำเข้าผลิตภัณฑ์หลากหลายชนิด เพื่อใช้ในการดูแลผิวหนังและป้องกันการลุกลามของแผลกดทับแต่พบว่า ผลิตภัณฑ์บางชนิดมีราคาแพงหาซื้อได้ยากและอาจขาดแคลนในบางหน่วยงาน ขณะที่ปิโตรเลียมเจลลี่หาซื้อได้ง่ายและมีราคาถูก อีกทั้งยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รองรับว่าปิโตรเลียมเจลลี่สามารถป้องกันการลุกลามของแผลได้เนื่องจากปิโตรเลียมเจลลี่เป็นสารที่ใช้เป็นเกาะป้องกันผิวไม่ให้ระคายเคืองได้เพราะคุณสมบัติของปิโตรเลียมเจลลี่เป็นเหมือนสารเคลือบผิวและยังมีผลช่วยป้องกันการติดเชื้อทางผิวหนัง ช่วยลดการอักเสบ เช่น Atopic dermatitis และบาดแผลหลังผ่าตัด เป็นต้น (Czarnowicki et al., 2016; Sethi, et al., 2016) อีกทั้งยังช่วยในกระบวนการหายของแผล เนื่องจากคุณสมบัติของปิโตรเลียมเจลลี่ที่ช่วยกักเก็บความชุ่มชื้นของผิวหนัง และช่วยลดการเกิดสะเก็ดแผลเนื่องจากกระบวนการเกิดสะเก็ดแผลจะทำให้แผลหายช้า ดังนั้นคุณสมบัติในการรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนังของปิโตรเลียมเจลลี่นี้จึงช่วยทำให้กระบวนการหายของแผลเร็วขึ้น ทั้งยังช่วยลดการเป็นแผลเป็นได้อีกด้วย (Czarnowicki et al., 2016)

จากประโยชน์ของปิโตรเลียมเจลลี่ในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ทำให้ทีมสุขภาพเห็นถึงความสำคัญของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลผิวหนังและรักษาแผลกดทับสำหรับบทความนี้นำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับความหมายของแผลกดทับ การประเมินระดับของแผลกดทับ บทบาทของพยาบาลในการดูแลและป้องกันแผลกดทับ และบทบาทของพยาบาลในการนำปิโตรเลียมเจลลี่มาใช้เพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับดังนี้

ความหมายของแผลกดทับ

แผลกดทับ มีคำศัพท์ในภาษาอังกฤษต่างๆ เช่น Pressure sore, Pressure ulcer และ Pressure Injury เป็นต้น หมายถึง การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่ และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง มักจะพบบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีเครื่องมือแพทย์กดทับ ลักษณะผิวหนังอาจมีหรือไม่มีรอยฉีกขาดบางครั้งอาจรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นผลมาจากแรงกดที่รุนแรงและหรือระยะเวลาที่ถูกกดนานร่วมกับแรงเฉือน ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงเฉือนขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนเลือด โรคร่วมและสภาวะของผิวหนัง นอกจากนี้ยังมีแผลกดทับที่เกิดจากการเสียดสีกับเครื่องมือแพทย์เช่น ท่อช่วยหายใจ หน้ากากออกซิเจน สายให้อาหารทางจมูก และสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016)

การประเมินระดับของแผลกดทับ

องค์กรที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศ (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016) ของสหรัฐอเมริกาได้แบ่งแผลกดทับออกเป็น 4 ระดับ และ 2 ลักษณะ ดังนี้

แผลกดทับระดับที่ 1 : ผิวหนังมีลักษณะแดงยังไม่มีการฉีกขาดของผิวหนัง (Nonblanchable Erythema) ลักษณะของผิวหนังจะเป็นรอยแดง ยังไม่มีการฉีกขาดของผิวหนัง มักจะเห็นจากชัดเจน โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก

แผลกดทับระดับที่ 2 : แผลกดทับที่เกิดจากการสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วน (Partial thickness skin loss) ลักษณะของแผลกดทับในระดับนี้จะมี การสูญเสียผิวหนังบางส่วนของชั้นผิวหนังแท้ ซึ่งเป็นผิวหนังชั้นตื้น ลักษณะของแผลจะเป็นแผลเปิด สีชมพูแดง นอกจากนี้อาจเป็นตุ่มน้ำที่อาจจะแตก หรือยังไม่แตกออกก็ได้ ลักษณะของแผลยังเป็นแผลตื้นไม่มีเนื้อตาย

แผลกดทับระดับที่ 3 : แผลกดทับที่เกิดจากการสูญเสียชั้นผิวหนังแท้ทั้งหมด (Full thickness skin loss) ลักษณะของแผลกดทับในระดับนี้จะมี การสูญเสียชั้นผิวหนังแท้ทั้งหมด สามารถมองเห็นลึกถึงชั้นไขมัน แต่ยังไม่ถึงกระดูก เส้นเอ็นหรือกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายแต่ไม่สามารถบดบังความลึกของแผล อาจมีโพรงใต้ขอบแผลได้

แผลกดทับระดับที่ 4 : แผลกดทับที่เกิดจากการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Full thickness tissue loss) มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อ ร่วมกับพังผืดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพันกระดูกอ่อนหรือกระดูกในแผลมองเห็นหรือคลำได้ อาจมองเห็นเนื้อตายและ/หรือสะเก็ดเนื้อตาย

นอกจากนี้ยังมีแผลกดทับที่ไม่สามารถจำแนกระดับของแผลได้อีก 2 ลักษณะ (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016) ดังนี้

ลักษณะที่ 1 แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุความลึกได้ (Unstageable: Depth unknown) แผลในลักษณะนี้มีการสูญเสียเนื้อเยื่อทั้งหมด แต่

ถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือแข็งแห้ง ทำให้ไม่สามารถระบุความลึกที่ชัดเจนได้ จะมองเห็นก็ต่อเมื่อขจัดเนื้อตายออกไปแล้ว ซึ่งลักษณะของผิวจะมีความแข็งตึงติดแน่น ได้แผลมีลักษณะคล้ายน้ำขังใต้แผล

ลักษณะที่ 2 แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ผิวหนังอาจมีการฉีกขาดหรือไม่มีการฉีกขาดก็ได้ แต่ไม่สามารถระบุระดับความลึกของแผลได้ (Suspected deep tissue injury: Depth unknown) แผลในลักษณะนี้อาจจะมีการฉีกขาดของผิวหนังหรือยังไม่มีก็ได้ เมื่อกดมีรอบแดงคล้ำสีผิวมีการเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำหรือสีม่วง หรือผิวหนังชั้นกำพร้าฉีกขาดเห็นเป็นแผลสีดำหรือตุ่มน้ำมีเลือดอยู่ด้านใน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับมีหลายประการทั้งจากลักษณะของผู้ป่วย เช่น อายุ สภาพผิวหนัง การกลืน ปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ และอื่นๆ หรือจากกระบวนการดูแล เช่น ขาดการประเมินสภาพผิวหนังอย่างต่อเนื่อง เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ในการดูแลและป้องกันแผลกดทับไม่เหมาะสม เป็นต้น (American Academy of Dermatology Association, 2023) การใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและส่งเสริมสุขภาพผิวหนังที่ดีให้กับผู้ป่วยและทำให้กระบวนการหายของแผลดีขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

1. การประเมิน

การประเมินสภาพผิวหนังและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนแรก ปัจจุบันนี้มีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น แบบประเมิน Braden scale (The Bradenscale for predicting

pressure sore risk) โดยใช้ประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้ตั้งแต่แรกเริ่ม แบ่งเป็น 6 หมวด คือ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง ความสามารถในการทำกิจกรรมความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และแรงเสียดสีและแรงเฉือน (Bergstrom, Demuth, & Braden, 1987) นอกจากนี้ควรประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ โดยดำเนินการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่ออย่างครอบคลุมสำหรับแต่ละบุคคลต่อความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับโดยเร็วที่สุดหลังจากรับเข้าไว้หรือส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพ และควรประเมินความเสี่ยงทุกครั้งก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2019)

2. การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน

การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน เป็นขั้นตอนที่ช่วยลดปัญหาการเกิดแผลกดทับที่เป็นมาตรฐาน โดยการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุกรายทั้งผู้ที่มีหรือไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ตามความเหมาะสมเฉพาะราย หากไม่มีข้อจำกัด (Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2019) เช่น การพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง การใช้ที่นอนลมในผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือการใช้นวัตกรรมที่นอนอัตโนมัติช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยไม่ต้องพลิกตัวผู้ป่วยซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยสถาบันวิทยาการหุ่นยนต์ภาคสนาม (Institute of Field Robotics: FIBO) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ร่วมกับ บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) และ บริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด (มหาชน) โดยนำเทคโนโลยี 5G มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดและป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Never pressure Injury, 2022) การจัดท่านอนการลดแรงเฉือน ได้แก่ นอนศีรษะสูง

ไม่เกิน 30 องศา เพื่อป้องกันการลื่นไถลและแรงกดทับ แต่ถ้าจำเป็น ต้องนอนยกศีรษะสูง ไม่ควรจัดทำศีรษะสูงเกิน 60 องศา นานเกิน 30 นาที (คูข้วย มาลีวงษ์, 2564)

3. การดูแลภาวะโภชนาการ

พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารเสริมชนิดพลังงานสูง และ/หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสมนอกเหนือจากอาหารปกติ สำหรับผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหารหรือเสี่ยงต่อการขาดอาหาร และไม่สามารถบริโภคอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายด้วยอาหารปกติ (Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2019) นอกจากนี้ควรดูแลให้ได้รับอาหารโปรตีนสูง ถ้าไม่มีข้อจำกัด เนื่องจากโปรตีนมีส่วนช่วยในการหายของแผล (Wang et al., 2022)

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ

การให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญ โดยอธิบายเกี่ยวกับความหมายของแผลกดทับ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับบริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความรุนแรงของแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2005)

5. การจัดสิ่งแวดล้อม

พยาบาลควรจัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสบาย มีอากาศถ่ายเท อุณหภูมิไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป (อรนุช มกรภิรมย์ และอันธิกา กระจะวานิช, 2563)

6. การดูแลผิวหนัง

สิ่งแรกคือการดูแลสภาพผิวหนังให้ชุ่มชื้น ไม่เปื่อยและเช่น การทาโลชั่น Ointment

หรือ Skin barrier cream เพื่อลดความเสี่ยงจากผิวหนังถูกทำลายได้ง่าย (Al Aboutd & Manna, 2023) อีกทั้งยังพบว่าการใช้สารที่ช่วยให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง เช่น ปิโตรเลียมเจลลี่ หรือที่เรารู้จักกันในชื่อวาสลีน ยังช่วยป้องกันผิวจากการระคายเคืองซึ่งในบรรดามอยส์เจอร์ไรเซอร์ทั้งหมดพบว่าปิโตรเลียมเจลลี่ เป็นมอยส์เจอร์ไรเซอร์ที่เข้มข้นที่สุด (Sethi et al., 2016)

จากที่ได้กล่าวข้างต้น การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนังเป็นหนึ่งในวิธีที่ช่วยลดการเกิดแผลกดทับ และช่วยป้องกันการลุกลามของแผลกดทับ ซึ่งในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ที่ช่วยดูแลแผลกดทับจำหน่ายอย่างแพร่หลาย แต่ผลิตภัณฑ์บางชนิดมีราคาค่อนข้างแพงและหาซื้อได้ยาก ในขณะที่ปิโตรเลียมเจลลี่หาซื้อง่ายมีราคาถูกและมีคุณสมบัติในการช่วยป้องกันแผลกดทับเช่นเดียวกับผลิตภัณฑ์อื่น

บทบาทของพยาบาลในการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่เพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ

จากการสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าปิโตรเลียมเจลลี่มีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ป้องกันแผลกดทับและรักษาแผลกดทับได้ผลดี (Zahara, Dewi & Saptarini, 2016) ดังนั้นพยาบาลสามารถนำความรู้นี้ไปแนะนำผู้ป่วยและญาติเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลผิวหนังได้ และสามารถนำไปต่อยอดในการศึกษาเพิ่มเติมได้ โดยมีรายละเอียดของคุณสมบัติปิโตรเลียมเจลลี่ดังนี้

1. คุณลักษณะของปิโตรเลียมเจลลี่

ปิโตรเลียมเจลลี่ (Petroleum Jelly) หรือปิโตรลาทัม (Petrolatum) เป็นผลพลอยได้จากการกลั่นน้ำมันดิบมีคุณสมบัติในการกักเก็บน้ำในผิว ทำให้ผิวชุ่มชื้น ปิโตรเลียมเจลลี่ถูกค้นพบเมื่อ ปี ค.ศ. 1859 โดยนักเคมีชาวอังกฤษ โรเบิร์ต ออกัสตัส ซีสโบรท์ ได้เดินทางไปยังเมืองไพทส์วิลล์ ในรัฐเพนซิลวาเนีย

ประเทศสหรัฐอเมริกาในพื้นที่ที่มีการขุดน้ำมัน เขาได้สังเกตเห็นคนงานขุดบ่อน้ำมันใช้สารซึ่งมีลักษณะคล้ายขี้ผึ้งที่หลงเหลือจากการขุดน้ำมันมาใช้ในการบรรเทาบาดแผลที่เกิดจากความร้อนหรือผิวที่ไหม้จากแรงดันดาลใจนี้ โรเบิร์ตออกัสตัสซิสโบริท จึงเริ่มศึกษาสารของน้ำมันผ่านกระบวนการต่างๆ ในการกลั่นถึงสามขั้นตอนจนกลายเป็นปิโตรเลียมเจลลี่ที่สะอาดและบริสุทธิ์ มีน้ำหนักเบา และมีความโปร่งแสง จนกลายมาเป็นผลิตภัณฑ์วาสลีนเจลลี่ และได้จดสิทธิบัตรไว้ ในปี ค.ศ. 1865 (Jayakumar & Micheletti, 2017)

2. คุณสมบัติและประโยชน์ของปิโตรเลียมเจลลี่ในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

จากการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ในบรรดามอยส์เจอร์ไรเซอร์ทั้งหมดพบว่าปิโตรเลียมเจลลี่ เป็นมอยส์เจอร์ไรเซอร์ที่เข้มข้นที่สุดและมีประสิทธิภาพในการลดการสูญเสียน้ำของชั้นผิว (Transepidermal water loss) ได้ถึงร้อยละ 98 ในขณะที่มอยส์เจอร์ไรเซอร์อื่นช่วยลดการสูญเสียน้ำของชั้นผิวหนังเพียงร้อยละ 20-30 มีคุณสมบัติในการลดการสูญเสียน้ำของชั้นผิวหนังช่วยในการบรรเทาอาการคันและระคายเคืองในสภาพผิวต่างๆ รวมถึงช่วยป้องกันไม่ให้ผิวแห้ง ผิวอักเสบและช่วยลดอาการผื่นแพ้ผื่นอ้อม (Sethi et al., 2016)

จากงานวิจัยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ปัญหาการเงินในเพื่อซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลแผลกดทับยังคงเป็นข้อจำกัดในการดูแลซึ่งวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยในการประหยัดค่าใช้จ่าย เนื่องจากปิโตรเลียมเจลลี่หาซื้อได้ง่ายและราคาค่อนข้างย่อมเยา โดยงานวิจัยได้คำนึงถึงประสิทธิภาพในการเร่งการหายของแผลระดับที่ 1 และได้ทำการศึกษาเชิงทดลองที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล Siloam Hospital Lippo

Village โดยมีตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด 15 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 15 คนนี้เกิดแผลกดทับขึ้นในระดับที่ 1 ผลปรากฏว่า ปิโตรเลียมเจลลี่สามารถใช้รักษาแผลกดทับระยะที่ 1 ได้ (Zahara, Dewi & Saptarini, 2016)

นอกจากนี้ยังพบการศึกษการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ในการรักษาแผลกดทับระดับสอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 13 คน ที่ใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ในการทำแผล โดยทาบางๆ ไปที่แผลและปิดด้วยวัสดุปิดแผล พบว่า ปิโตรเลียมเจลลี่ช่วยให้แผลกดทับดีขึ้นภายใน 12-32 วัน (Kuribayashi et al., 2018) ทั้งนี้ยังมีการศึกษาในประเทศไทยที่มีการนำปิโตรเลียมเจลลี่มาใช้เพื่อป้องกันผิวหนังอักเสบ โดยการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่กับแป้งที่มีส่วนผสมของซิงค์ออกไซด์มาใช้ในการป้องกันผิวหนังอักเสบ พบว่าผลิตภัณฑ์สูตรผสมทั้งสองชนิดสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะได้เนื่องจากผลิตภัณฑ์นี้เป็นสูตรผสมที่มีคุณสมบัติในการช่วยลดและปกป้องผิวจากการระคายเคืองดูดซับความชื้น ป้องกันการสูญเสียน้ำทางผิวหนัง (พัฒนา พิงศิริ, 2559) แสดงให้เห็นว่าการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับและลดอาการอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระปัสสาวะได้

แนวทางการนำปิโตรเลียมเจลลี่ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย

การนำปิโตรเลียมเจลลี่ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมีแนวทางดังนี้

1. ล้างมือก่อนและหลังใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค

ก่อนใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ทุกครั้งควรล้างมือก่อนใช้เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อจากมือที่อาจปนเปื้อนเชื้อโรค โดยการล้างมืออย่างถูกวิธีอย่างน้อย 15 วินาที จะสามารถลดเชื้อโรคได้ (Pires et al., 2019) จากงานวิจัยพบว่า การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ สามารถ

ลดเชื้อโรคได้ แม้ว่าน้ำที่ใช้จะมีการปนเปื้อนด้วยเชื้อโรคหรือมีการใช้ผ้าเช็ดมือก็ตาม แต่การล้างมือด้วยสบู่ก็ช่วยให้มือสะอาดขึ้น (Pittet, 2005)

2. สามารถใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ได้ทุกเพศทุกวัย

ปิโตรเลียมเจลลี่สามารถใช้ได้กับทุกเพศทุกวัย ใช้ได้กับทุกสภาพผิวแม้กระทั่งผิวแพ้ง่ายก็สามารถใช้ได้ ปิโตรเลียมเจลลี่ ภายใต้แบรนด์ Vaseline ได้รับการรับรองจาก National Eczema Association ซึ่งเป็นสมาคมแพทย์ผิวหนังอักเสบของอเมริกา ว่าปลอดภัยใช้ได้ทุกวัย ทุกสภาพผิวแม้กระทั่งกับผิวอักเสบและผิวที่มีแนวโน้มแพ้ง่าย (National Eczema Association) อีกทั้งยังพบว่าปิโตรเลียมเจลลี่มีความปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดการแพ้ในเด็กทารกซึ่งมีแนวโน้มแพ้ง่ายกว่าในผู้ใหญ่ จากการสืบค้นงานวิจัยพบว่า มีการทดลองใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ในเด็กทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,250 กรัม พบว่า ทารกที่ได้รับดูแลผิวด้วยการทาปิโตรเลียมเจลลี่วันละ 2 ครั้ง มีสภาพผิวที่ดีขึ้น และยังไม่ก่อให้เกิดการแพ้ในเด็ก (Alkharfy et al., 2014)

3. ทาปิโตรเลียมเจลลี่บางๆ เพื่อคงความชุ่มชื้นให้แก่ผิวหนัง

ปิโตรเลียมเจลลี่เป็นสารที่กลั่นจากน้ำมันดิบจึงมีความมันค่อนข้างมากและทำให้เกิดความเหนอะหนะได้ การทาปิโตรเลียมเจลลี่ลงบนผิวบางๆ จึงสามารถช่วยลดความมันและความเหนอะหนะ รวมทั้งยังคงคุณสมบัติในรักษาความชุ่มชื้นให้แก่ผิวหนังเช่นเดิม (Baltz, Franciosi & Wiss, 2020) นอกจากนี้ยังพบการศึกษา ในปี ค.ศ. 2005 ได้อธิบายว่า การคงความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังที่ดีที่สุดคือ การทาผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิวหนังโดยไม่ต้องเช็ดตัวให้ผิวแห้งสนิทจะช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิว และยังป้องกันการเกิดโรคผื่น

ภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายหนึ่งที่ป่วยด้วยโรคอาการคันโดยไม่ทราบสาเหตุ (Pruritus primary) มีอาการคันชนิดรุนแรงและมีผิวแห้งซึ่งมีอาการเรื้อรังมานาน 5 ปี หลังใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ทาเคลือบไปยังผิวหนังที่หลังอาบน้ำเสร็จ พบว่า หลังจากนั้นผิวของผู้ป่วยรายนี้มีความชุ่มชื้นขึ้นและอาการคันอย่างรุนแรงทุเลาลง ดังนั้นสรุปได้ว่า การใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ที่ดีที่สุดคือ หลังอาบน้ำให้ทาบางๆ ในขณะที่ผิวยังไม่แห้งสนิทจะช่วยคงความชุ่มชื้นของผิวหนังได้ดีที่สุด (Gutman et al., 2005)

4. ใช้รักษาแผลกดทับ

ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 1 - ระดับ 2 สามารถใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ในการเร่งกระบวนการหายของแผลได้ จากการศึกษาพบว่า การทาปิโตรเลียมเจลลี่บางๆลงไปในแผลกดทับและปิดด้วยผ้าก๊อซ จะช่วยให้แผลดีขึ้นภายใน 12-32 วัน (Kuribayashi et al., 2018) American Academy of Dermatology Association มีข้อเสนอแนะให้ทาปิโตรเลียมเจลลี่หลังจากทำความสะอาดแผลทุกครั้งและปิดแผลด้วยวัสดุปิดแผล ควรเปลี่ยนแผลอย่างน้อยวันละครั้ง (American Academy of Dermatology Association, 2023)

5. ห้ามทาในจมูก

การทาปิโตรเลียมเจลลี่ในจมูกอาจทำให้เกิดปอดบวมชนิด Lipoid pneumonia ได้ ในปี ค.ศ. 2020 มีรายงานกรณีศึกษาว่า ผู้ป่วยหญิงอายุ 69 ปี ป่วยด้วยปอดบวมชนิด Lipoid pneumonia จากรายงานพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีประวัติการสูบบุหรี่ มีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary disease: COPD) และโรคข้ออักเสบ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ทาโพรงจมูกทุกคืนติดต่อกันเป็นเวลาหลายปี โรคปอด

บวมชนิดนี้ เป็นโรคบวมรูปแบบที่พบได้ยากซึ่งเกิดจากการหายใจหรือสำลักน้ำมัน ในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการใช้ยาละลายที่มีน้ำมันเป็นส่วนประกอบ รองลงมาคือ การสูดดมกลิ่นหอมระเหยเป็นเวลานาน (Chepuri et al., 2020)

6. ไม่แนะนำให้ใช้ทาแผลติดเชื้อ แผลมีเนื้องอก หรือแผลมีสารคัดหลั่งซึมมาก

ปิโตรเลียมเจลลี่จะใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในกรณีที่แผลไม่มีสารคัดหลั่งเนื่องจากปิโตรเลียมเจลลี่มีคุณสมบัติในการเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่แผล ทำหน้าที่ป้องกันการติดเชื้อแต่ไม่มีผลในการรักษาแผลที่ติดเชื้อ หรือการกำจัดเนื้องอกบนแผล ในกรณีที่แผลมีเนื้องอกหรือมีสารคัดหลั่งซึม ควรใช้ Hydrogel ในการทำแผล (Tachibana et al., 2016)

7. ห้ามใช้ในกรณีที่มีประวัติการแพ้ปิโตรเลียมเจลลี่มาก่อน

ปิโตรเลียมเจลลี่เป็นที่รู้จักจากคุณสมบัติที่ไม่ทำให้แพ้และไม่ระคายเคือง มีรายงานการแพ้ผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสปิโตรเลียมเจลลี่เพียงไม่กี่กรณี (Kang, Choi & Lee, 2004) แม้ว่าปิโตรเลียมเจลลี่จะไม่ค่อยทำให้เกิดปฏิกิริยาการแพ้แบบ Hypersensitivity reactions แต่จากการสืบค้นพบว่า มีกรณีศึกษาของผู้ป่วยรายหนึ่งที่มาด้วยอาการผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสปิโตรเลียมเจลลี่จากการซักประวัติพบว่าชายคนนี้มีประวัติการแพ้สารจำพวกซีผึ้งมาก่อน จึงได้ทำการทดสอบการแพ้ด้วยด้วย Patch tests พบว่า ปฏิกิริยาการทดสอบ Patch tests ต่อ Petrolatum เป็นผลบวก (Tam & Elston, 2006) ผู้ใช้จึงต้องมีความระมัดระวังในการใช้โดยเฉพาะในคนที่มีความประวัติการแพ้สารจำพวกซีผึ้งมาก่อน

8. เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรองเท่านั้นเพื่อหลีกเลี่ยงสารปนเปื้อนมะเร็ง

จากงานวิจัยในไนจีเรีย ปี ค.ศ.2018 มีการตรวจพบความเข้มข้นของ Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs) ซึ่งสาร PAHs มีความเป็นพิษในด้านการเป็นสารก่อกลายพันธุ์และสารก่อมะเร็งในสัตว์ และมีความเป็นพิษต่อพืช (Ifegwu & Anyakora, 2015) นอกจากนี้ยังพบสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนคลอรีน (OCPs) ในผลิตภัณฑ์บางประเภทในไนจีเรีย ผลิตภัณฑ์ดูแลผู้บริโภคที่ใช้กันทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ พลาสติก เครื่องสำอาง สารฆ่าเชื้อ และผลิตภัณฑ์ซักผ้า สามารถซื้อจากซูเปอร์มาร์เก็ตแห่งหนึ่งในประเทศไนจีเรีย ผลิตภัณฑ์ทั้งสี่ประเภทนี้พบสารปนเปื้อน (PAHs) ในเครื่องสำอางมากที่สุด เนื่องจากส่วนประกอบหลักของเครื่องสำอางนั้นมีส่วนผสมหลักคือ ปิโตรเลียม และ Coal tar (Adekunle et al., 2018) ดังนั้นการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็งควรเลือกปิโตรเลียมเจลลี่บริสุทธิ์ที่ผ่านมาตรฐาน USP (United States Pharmacopeia) ซึ่งเป็นองค์กรที่ทดสอบความสม่ำเสมอและความบริสุทธิ์ในผลิตภัณฑ์ (Heyward et al., 2018) ในปัจจุบันปิโตรเลียมเจลลี่ที่นิยมใช้ในชื่อที่รู้จักกันคือวาสลีน (Vaseline) เป็นปิโตรเลียมเจลลี่บริสุทธิ์ ผ่านมาตรฐาน USP และผ่านการรับรองจาก EWG (Environmental Working Group) ซึ่งผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองจาก EWG ต้องผ่านกฎเกณฑ์มาตรฐานที่เข้มงวดตามที่กำหนดซึ่งรวมถึงมาตรฐานของวัตถุดิบการผลิตที่ตรวจสอบได้ทุกขั้นตอนและฉลากที่ชัดเจน (Environmental Working Group, 2023) ดังนั้นจึงทำให้มั่นใจได้ว่าการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานจะทำให้ปลอดภัยจากสารปนเปื้อนมะเร็ง

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัญหาแผลกดทับยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญต่อสุขภาพของผู้ป่วย และยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลแผลกดทับ แม้ว่าปัจจุบันจะมีผลิตภัณฑ์ในการดูแลแผลกดทับมากมาย แต่พบว่าบางครั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์เหล่านั้นได้เนื่องจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน อย่างไรก็ตาม การนำปิโตรเลียมเจลลี่ไปใช้ควรคำนึงถึงความเหมาะสมข้อบ่งชี้ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาผลของการนำปิโตรเลียมเจลลี่ไปใช้ในการรักษาแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เพิ่มเติมเพื่อเป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คู่ขวัญ มาลีวงษ์. (2564). การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 23(1), 15-30.
- พัฒนา พิงศิริ. (2559). ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(1), 59-67.
- อรนุช มกรภิรมย์ และอันธิกา คระวานิช. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตรวด. *วารสารกองการพยาบาล*, 47(1), 139-152.
- Adekunle, A. S., Oyekunle, J. A. O., Ola, I. J., Obisesan, O. R., & Maxakato, N. W. (2018). Determination of polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs) and organochlorine pesticides (OCPs) in some personal care products in Nigeria. *Toxicology Reports*, 5, 994-1001. <https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2018.10.003>
- Al Aboud, A. M., & Manna, B. (2023). *Wound pressure injury management*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532897/>
- AlKharfy, T., Ba-Abbad, R., Hadi, A., & AlFaleh, K. (2014). Use of topical petroleum jelly for prevention of sepsis in very low- birthweight infants: A prospective, randomised controlled trial. *Paediatrics and International Child Health*, 34(3), 194-197. <https://doi.org/10.1179/2046905514Y.00000000117>
- American Academy of Dermatology Association. (2023). *Proper wound care: How to minimize a scar*. <https://www.aad.org/public/everyday-care/injured-skin/burns/skin/burns/wound-care-minimize-scars>

- Baltz, J. O., Franciosi, E. B., & Wiss, K. (2020). Petroleum jelly baths: A tip for easy emollient application. *Pediatric Dermatology*, 37(5), 964-965. <https://doi.org/10.1111/pde.14256>
- Bergstrom, N., Demuth, P. J., & Braden, B. J. (1987). A clinical trial of the braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Clinics of North America*, 22(2), 417-428. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)01289-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)01289-0)
- Borojeny, L. A., Albatineh, A. N., Dehkordi, A. H., & Gheshlagh, R. G. (2020). The Incidence of pressure ulcers and its associations in different wards of the hospital: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 11. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_182_19
- Cheपुरi, R., Shah, J., Sheinin, Y., & Kurman, J. (2020). Exogenous lipoid pneumonia: When petroleum Jelly does more than just moisturize. *Chest*, 158(4), A1575-A1576. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.08.1417>
- Czarnowicki, T., Malajian, D., Khattri, S., Correa da Rosa, J., Dutt, R., Finney, R., & Guttman-Yassky, E. (2016). Petrolatum: Barrier repair and antimicrobial responses underlying this "inert" moisturizer. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 137(4), 1091–1102.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2015.08.013>
- Environmental Working Group. (2023). *Vaseline original healing jelly*. https://www.ewg.org/skindeep/products/992530-Vaseline_Original_Healing_Jelly/
- Espejo, E., Andrés, M., Borrallo, R. M., Padilla, E., Garcia-Restoy, E., & Bella, F., (2018). Bacteremia associated with pressure ulcers: A prospective cohort study. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 37, 969-975. <https://doi.org/10.1007/s10096-018-3216-8>
- Gutman, A. B., Kligman, A. M., Sciacca, J., & James, W. D. (2005). Soak and smear: A standard technique revisited. *Archives of Dermatology*, 141(12), 1556-1559. <https://doi.org/10.1001/archderm.141.12.1556>
- Heyward, J., Padula, W., Tierce, J. C., & Alexander, G. C. (2018). The value of U.S. pharmacopeial standards: A review of the literature. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 107(10), 2611-2617. <https://doi.org/10.1016/j.xphs.2018.06.004>
- Ifegwu, O. C., & Anyakora, C. (2015). Polycyclic aromatic hydrocarbons: Part I. Exposure. *Advances in Clinical Chemistry*, 72, 277-304. <https://doi.org/10.1016/bs.acc.2015.08.001>

- Jayakumar, K. L., & Micheletti, R. G. (2017). Robert Chesebrough and the dermatologic wonder of petroleum jelly. *JAMA Dermatology*, 153(11), 1157-1157. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.3544>
- Kang, H., Choi, J., & Lee, A. Y. (2004). Allergic contact dermatitis to white petrolatum. *The Journal of Dermatology*, 31(5), 428-430. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2004.tb00698.x>
- Kuribayashi, K., Takeuchi, H., Endo, Y., Tomita, S., & Nishikouri, Y. (2018). Macrogol versus Vaseline in the treatment of superficial sacral pressure ulcers: A retrospective, Comparative study. *An Official Journal of the Japan Primary Care Association*, 41(2), 60-64. <https://doi.org/10.14442/generalist.41.60>
- Li, Z., Lin, F., Thalib, L., & Chaboyer, W. (2020). Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 105, 103546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546>.
- National Clinical Guideline Centre (UK). (2014). *The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care*. London.
- National Eczema Association. (n.d.) *100% Pure petroleum jelly*. <https://nationaleczema.org/blog/product/org/blog/product/100-pure-petroleum-jelly/>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and update the stages of pressure injury*. Washington.
- Never Pressure Injury. (2022). *Automated pressure injury prevention system*. <https://www.neverpressureinjury.com/about-us>
- Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Quick reference guide*. European pressure ulcer advisory panel, National pressure injury advisory panel and pan pacific pressure injury alliance.
- Pires, D., Soule, H., Bellissimo-Rodrigues, F., De Kraker, M. E. A., & Pittet, D. (2019). Antibacterial efficacy of handrubbing for 15 versus 30 seconds: EN 1500- based randomized experimental study with different loads of *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli*. *Clinical Microbiology and Infection*, 25(7), 851-856. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.10.012>
- Pittet, D. (2005). Clean hands reduce the burden of disease. *The Lancet*, 366(9481), 185-187. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66886-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66886-9)

- Sethi, A., Kaur, T., Malhotra, S. K., & Gambhir, M. L. (2016). Moisturizers: The slippery road. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 279. <https://doi:10.4103/0019-5154.182427>
- Tachibana, T., Imafuku, S., Irisawa, R., Ohtsuka, M., Kadono, T., & Fujiwara, H., (2016). The wound/burn guidelines–2: Guidelines for the diagnosis and treatment for pressure ulcers. *The Journal of Dermatology*, 43(5), 469-506. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13274>
- Tam, C.C., & Elston, D.M., (2006). Allergic contact dermatitis caused by white petrolatum on damaged skin. *Dermatitis*, 17(4), 201-3. <https://doi:10.2310/6620.2006.06010>
- The Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). *Risk assessment & prevention of pressure ulcers. Nursing Best Practice Guideline*. [https://mao.ca/sites/mao-ca/files/Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers.pdf](https://mao.ca/sites/mao-ca/files/Risk%20Assessment%20and%20Prevention%20of%20Pressure%20Ulcers.pdf)
- Wang, X., Yu, Z., Zhou, S., Shen, S., & Chen, W. (2022). The Effect of a Compound Protein on Wound Healing and Nutritional Status. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2022. Article ID 4231516. <https://doi.org/10.1155/2022/4231516>
- Zahara, Y., Dewi, R., & Saptarini, E. (2016). Efektifitas penggunaan white petroleum jelly untuk perawantalukatekan stage1 di rawat inap siloam hospitals lippo village. *Indonesian Journal of Nursing Health Science*, 1(01). 15-32.

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

กันยารัตน์ วิริยานนท์เกษม*, อรพิชา เกตุพันธ์**, ชีรนนท์ วรรณศิริ***

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งด้านร่างกายนั้น ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องได้รับการฟื้นฟูบำบัดที่ยาวนาน ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลต่ออาการลักษณะ หน้าที่การทำงาน วิถีชีวิต หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ได้ ก็อาจส่งผลกระทบด้านจิตใจ เกิดภาวะเครียดสะสม จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนผ่านจากผู้ที่มีสุขภาพดี กลายเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง และผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วนั้นมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำนั้น ส่งผลกระทบที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น บางรายอาจถึงแก่ชีวิต หรือผู้ที่รอดชีวิตบางรายก็เป็นผู้ที่มีความพิการหลงเหลือ ดังนั้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเองนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด การเตรียมตัวที่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรปฏิบัติ

คำสำคัญ: ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง, การกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ, พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566 หน้า 129-142

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding Author, e-mail: Kanyb189@gmail.com, Tel. 098-556-9554

วันที่รับบทความ: 24 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 1 ธันวาคม 2566, วันที่ตอบรับบทความ: 6 ธันวาคม 2566

Health Behavior Preventing Recurrence of Stroke in Stroke Survivors

Kanyarat Wiriyanonkasem*, Onpicha Ketphan**, Theranun Wannasiri***

Abstract

Stroke is a chronic illness that affects both physically and mentally. Physically, the patient's self-care ability may decrease, some patients may not be able to perform daily activities on their own leading to long rehabilitation. In addition, stroke affects the self-image, job functioning, and way of life. If the patient is unable to adapt to this chronic illness, it may have psychological effects. Accumulation of stress may occur until it can lead to depression as a result of such effects. Patients must transit from those who are healthy to be persons with chronic condition. They can also be at risk to recurrence of stroke. The recurrence of stroke resulting in more serious consequences and some patients may be fatal. In addition, stroke survivors may also have residual disabilities. Therefore, the prevention of recurrence of stroke patients with focus readaptation or the patient's risk behaviors, the key to stroke prevention. Proper preparation on or risk behaviors modification will be effective to prevent stroke recurrence.

Keywords: Stroke survivors, Recurrence of stroke, Recurrent preventative behavior

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 10(2), 129-142

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

** Instructor, Bachelor of Nursing Science Program. College of Nursing, Christian University of Thailand

*** Assistant Professor, Instructor, Bachelor of Nursing Science Program. College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding Author, e-mail: Kanyb189@gmail.com, Tel. 098-556-9554

Received: 24 August 2023, Revised: 1 December 2023, Accepted: 6 December 2023



บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2019) และ องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization [WSO], 2022) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด และจากสถิติทั่วโลกยังเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 3 ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2562) พบว่าใน พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 355,671 ราย และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง ผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2564) ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้รณรงค์เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก โดยมุ่งเน้นเสริมสร้างความตระหนักและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่เรื่องของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (WSO, 2022) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีโอกาสเสียชีวิตในทันทีที่เกิดโรค บางรายเกิดความพิการต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ

โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่เหมาะสม สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งโรคดังกล่าว เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบอุดตันหรือแตก ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่จนเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนั้นการรณรงค์เพื่อให้ประชาชนสังเกตอาการที่ผิดปกติด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการแสดงหรือสัญญาณเตือนที่เรียกว่า B.E.F.A.S.T. โดย “B” ย่อมาจาก “Balance” หมายถึง การสูญเสียการทรงตัว เช่น มีอาการเวียนศีรษะ ทรงตัวไม่ได้ “E” ย่อมาจาก “Eye” หมายถึง การมีปัญหเกี่ยวกับการมองเห็น มองไม่ชัด อาจเป็นได้ทั้งข้างเดียวหรือสองข้าง “F” ย่อมาจาก “Face” หมายถึงการมีอาการอ่อนแรงของใบหน้า หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยวครึ่งซีก “A” ย่อมาจาก “Arm” หมายถึง การมีอาการอ่อนแรงของแขนขา ซีกใดซีกหนึ่ง “S” ย่อมาจาก “Speech” หมายถึง การพูดที่ผิดปกติไปจากเดิม และ “T” ย่อมาจาก “Time” หมายถึง ระยะเวลาที่นำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดเพื่อรับการรักษา (พัฒนา เศรษฐวัชรานิช และคณะ, 2563) ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมง เพราะยิ่งปล่อยไว้นานจะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น เสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิต และการได้รับการรักษาที่รวดเร็วนั้นจะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายฟื้นฟูกลับมาเป็นปกติมากที่สุด รวมทั้งลดความเสี่ยงในการกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีกด้วย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564)



ผลกระทบของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดน้อยลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงวิถีชีวิตและหน้าที่การงานจากข้อจำกัดของภาวะสุขภาพ อีกทั้งการฟื้นฟูบำบัดที่ยาวนาน มักก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถปรับตัวกับวิกฤตชีวิตนี้ได้ ทำให้เกิดความทุกข์สะสมจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Rijsbergen et al., 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายสูญเสียความจำ มีความบกพร่องในการสื่อสาร (Linton, 2000 อ้างถึงใน ณัฐวุฒิ บุญสนธิ ประทุม สร้อยวงศ์ และจิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, 2563) ด้านจิตใจ พบว่า เกิดความเครียด กลัว วิดกกังวล ส่วนผลกระทบทางด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระกับครอบครัว (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง ลินจง โปธิบาล และ ทศพร คำผลศิริ, 2558) การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ผู้ป่วยกับสังคมและบทบาทในสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นไม่ว่าเฉียบพลันและเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากรายได้ของครอบครัวยังคงที่ หรือลดลงจากการที่สมาชิกของครอบครัวที่หารายได้มีจำนวนลดน้อยลง (จารุวรรณ ปิยศิริ, 2561) ทั้งนี้ สิ่งสำคัญที่สุดของผู้ป่วยและครอบครัวหลังจากการ

เจ็บป่วย คือ การที่ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2013) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent stroke) ว่าเป็นอาการผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองนั้นทำให้มีความพิการที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (Slark, 2010) ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นครั้งแรกร้อยละ 5.4 มีโอกาสจะกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 1 ปี และในปีที่ 5 ร้อยละ 11.3 (Khanecski et al., 2019) ซึ่งผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ใน 4 จะกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้แล้วจะมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้เร็วกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า และพบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 64.6 (Zhu et al., 2016) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง คือการเกิดขึ้นใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน มี 2 ลักษณะ คือ เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเป็นครั้งแรกภายใน 90 วัน หรือการกลับเป็นซ้ำในระยะแรก (Early recurrent stroke) และเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเป็นครั้งแรกแล้ว 90 วัน หรือการกลับเป็นซ้ำระยะหลัง (Late recurrent stroke)

(จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ และชนกพร จิตปัญญา, 2559) ทั้งนี้การกลับเป็นซ้ำนั้นมียปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญหลายประการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการที่ผู้ป่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้ (Chin et al., 2018) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล หรือสิ่งที่ติดอยู่ในตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้ โดยพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ และชนกพร จิตปัญญา, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา คุ่มสะอาด วิณา เทียงธรรม และเพลินพิศ สุวรรณอำไพ (2560) พบว่า เพศชายมีอัตราการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 59.1 ส่วนเพศหญิงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 40.9 (สุจิตรา คุ่มสะอาด วิณา เทียงธรรม และเพลินพิศ สุวรรณอำไพ, 2560) และอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำเช่นกัน (ฐิษสรัญทิพย์ ศิริเดชฐกุล และคณะ, 2565) จากการที่ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพร่างกายที่ถดถอยไปตามวัย เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยิ่งส่งผลทำให้การถดถอยของร่างกายเปลี่ยนแปลงได้เร็วขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า หรือมากกว่า ร้อยละ 20-30 (American

Heart Association, 2017) ซึ่งอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมักเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นด้วย (Beilei et al, 2021)

2. ปัจจัยเสี่ยงจากโรคประจำตัวและพฤติกรรม หากผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเหล่านี้ได้ โอกาสการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำก็จะลดลง ได้แก่ การมีลิ้มเลือดหัวใจอุดตัน (Cardioembolic) ภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก (Atrial fibrillation: AF) และภาวะหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่แข็ง (Large artery atherosclerosis) (Mia, Laura & Christina, 2021) สาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่แข็งนั้นเกิดจากการมีคอเลสเตอรอล (Cholesterol) และสารอื่นๆ สะสมที่ผนังของหลอดเลือด ลักษณะที่เกิดขึ้นเรียกว่า คราบไขมัน (Plaque) เมื่อคราบมีมากขึ้นทำให้เลือดไหลผ่านได้ยากขึ้น เมื่อคราบปริแตก เกร็ดเลือดจะยึดเกาะกันเพื่อรักษาปิดคราบที่เสียหายและกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดขึ้น ลิ่มเลือดดังกล่าวอุดตันหลอดเลือดแดงได้ ลิ่มเลือดอาจหลุดเคลื่อนไปยังหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ทำให้เกิดการตีบตัน เมื่อภาวะหลอดเลือดแดงตีบตันอาจทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือถาวรได้ (วิยะดา แสงศรี ปิยะฉัตร ลีวานันท์ และนุชจรี นักร, 2558) ซึ่งสาเหตุของการที่หลอดเลือดในร่างกายมีความผิดปกติส่วนใหญ่เกิดจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง เป็นต้น รวมไปถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การสูบบุหรี่ก็มีผลทำให้หลอดเลือดแดงแข็งได้เช่นกัน (Mia, Laura & Christina, 2021) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนนั้น ก็มี

โอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ (Frans et al., 2018) และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นครั้งแรกนั้น ก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้วยเช่นกัน (Araya, Charin & Yupha, 2023) ส่วนปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรม ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิต การไปตรวจตามนัดและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การจัดรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสม (Lambert et al., 2021) ซึ่งหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยเหล่านี้ได้ โอกาสการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำก็จะลดลง นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพก็มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนจำหน่าย การแก้ไขปัญหาด้านทรัพยากรที่ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน (Lambert et al., 2021)

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแนวทางในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และการป้องกันภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองในระยะยาว โดยสรุปแนวทางการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ 5 ด้าน ดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม จะช่วยลดระดับความดันโลหิต น้ำตาลในกระแสเลือดและระดับไขมันในกระแสเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ (จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ์ วินัส ลิ้นหกุล และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2561) โดยปรับพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร 3 ประเภท คือ 1) อาหารประเภทไขมัน 2) อาหารประเภทโซเดียม และ 3) อาหารประเภทผัก (อรอุมา คงแก้ว, 2561)

1.1 อาหารประเภทไขมัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการควบคุมไขมัน โดยลดระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารและการใช้ชีวิตตลอดจนการได้รับยาสเตติน (Statin) (Hankey, 2014) ควรเลือกรับประทานไขมันอย่างชาญฉลาด คือเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ซึ่งสามารถพบได้ในน้ำมันมะกอก ปลา และถั่วชนิดต่าง ๆ จำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น เนยแข็ง แยมเบอร์เกอร์ เนื้อสัตว์ปีก หลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันทรานส์ ซึ่งมักพบในอาหารแปรรูปทุกชนิด เพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) และสถาบันประสาทวิทยา (2559) ได้แนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ลดอาหารไขมันสูง ลดรับประทานไขมันที่มาจากสัตว์และผลิตภัณฑ์สัตว์ เช่น เนื่อ นม เนย ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ที่รับประทานยาลดไขมันอยู่ให้รับประทานไข่ทั้งฟอง 2 ถึง 3 ฟองต่อสัปดาห์ ลดรับประทานของมัน ของทอด อาหาร

เครื่องดื่มที่มีไขมันสูง งดรับประทานเบเกอรี่ เช่น คุกกี้ เค้ก หรือของทอดซ้ำ ควรใช้น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว ถั่วลิสงแทน และรับประทานไขมันจากปลา ทั้งปลา ทะเลและปลาน้ำจืด (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

1.2 อาหารประเภทโซเดียม ปริมาณ โซเดียมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 9-50 ปี คือ 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 50-70 ปี ให้ลดลงเหลือ 1,300 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้ป่วยที่มี อายุมากกว่า 70 ปี ให้ลดลงเหลือ 1,200 มิลลิกรัม ต่อวัน (Hankey, 2014) ลดการรับประทานอาหาร เค็มหรือโซเดียมให้น้อยลง และงดอาหารหมักดองทุก ประเภท เช่น การรับประทานปลาร้า อาหารกระป๋อง อาหารจานด่วน บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซอสสำเร็จรูป ควรสังเกตฉลากอาหารที่มีการระบุว่าเกลือ น้อย หรือ ลดเค็ม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเย็นนอกบ้าน หากจำเป็นต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน ควร เลือกรับประทานเมนูอาหารที่ระบุว่าเป็นอาหารเพื่อ สุขภาพ เพราะอาหารเหล่านี้มักจำกัดปริมาณเกลือ และไขมัน และงดการเติมเกลือ ซอสถั่วเหลือง หรือซอส ชนิดต่างๆ ในอาหารเพิ่ม (ปัทิตตา ทรวงโพธิ์, 2560)

1.3 อาหารประเภทผัก โดยแนะนำให้ รับประทานผักสดมือละ 2 ฝ่ามือพูน หรือ ผักสุกมือละ 1 ฝ่ามือพูน ผลไม้ ไม่หวานจัด 15 คำต่อวันและควร รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ถั่ว ข้าวซ้อมมือ เป็นต้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2559) ปริมาณอาหารที่ เหมาะสมในมือ 1 มือ ควรมีสัดส่วนดังนี้ คือ ครึ่งจาน ควรเป็นผักและ ผลไม้สด 1 ส่วน 4 ของจานควรเป็น โปรตีน เช่น เนื้อปลา เต้าหู้ ถั่ว โดยควรลดการ รับประทานเนื้อ สัตว์ปีกลง และอีก 1 ส่วน 4 ที่เหลือ

คือ ข้าว ข้าวกล้อง หรือขนมปังโฮลวีท งดรับประทาน อาหาร ควรดื่มน้ำเปล่า หรือนมสดไขมันต่ำ (1% low fat) 1 แก้วขณะรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการดื่ม น้ำหวานและน้ำผักผลไม้ (ปัทิตตา ทรวงโพธิ์, 2560)

2. การปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นประจำ มี ความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงของการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง โดยความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด สมองจะลดลง เพราะช่วยลดระดับความดัน โลหิต ลดความตึงตัวของหลอดเลือด และลดการออก ฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลินในร่างกาย เพิ่มการ ไหลเวียนเลือดในร่างกาย การออกกำลังกาย เปรียบเสมือนเป็นใบสั่งยาที่โรงพยาบาลให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Turan et al., 2017) นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมีความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 17.8 เท่า การขาดการออกกำลังกายจะเป็นปัจจัยที่ ทำให้ผู้ป่วยมีโรคอ้วนและเกิดความเครียดซึ่งส่งผลให้ เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ บุคคลควรออกกำลังกาย เป็นประจำอย่างน้อยวันละ 30 นาทีหรือ 2.5 ชั่วโมงต่อ สัปดาห์ (สายสุนีย์ เจริญศิลป์, 2564) หากไม่สามารถ ปฏิบัติได้ภายใน 40 นาที ให้แบ่งช่วงออกกำลังกายเป็น ระยะสั้นๆ ครั้งละ 10 นาที ควรใช้การออกกำลังกาย ระดับปานกลาง เช่น วิ่ง เดินเร็ว ปั่นจักรยาน เป็นต้น (ปัทิตตา ทรวงโพธิ์, 2560)

3. การหยุดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ทุกชนิด

คนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า เนื่องจากนิโคตินมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตในร่างกาย รวมทั้งการสูบบุหรี่มีผลให้ลดระดับออกซิเจนในเลือด ส่งผลให้เลือดจับกันเป็นก้อนมากขึ้น (American Heart Association, 2019) การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐกร นิลเนตร ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล, 2559) และจากการศึกษาของจิรบุรณ โตสวน และคณะ (2555) ที่ศึกษาความสัมพันธ์และสังเคราะห์ค่าเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจจากการสูบบุหรี่ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรทั่วไปที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ โดยขอบเขตของการศึกษา ทบทวนครอบคลุมทั้งการศึกษาตามแผน (Cohort study) และการศึกษามีกลุ่มควบคุม (Case control) ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาเกือบทั้งหมดชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่สูงกว่าในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ โดยเมื่อทำการวิเคราะห์ย้อนกลับ พบว่าความเสี่ยงสัมพัทธ์รวมของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากบุหรี่เท่ากับ 1.66 ในประชากรชาย และ 2.18 ในประชากรหญิง การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะส่งผลต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งการที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การแข็งตัวของเลือดช้าลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง (Lambert et al., 2021) ในผู้ป่วยที่เคย

เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว หากมีการดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเพิ่มสูงขึ้น (จารุวรรณ ปิยศิริ, 2561) ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำก็จะลดลงตามไปด้วย

4. การผ่อนคลายความเครียด

ความเครียดทางจิตสังคมที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การผ่อนคลายความเครียด จึงมีส่วนช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เมื่อไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำก็ลดลงตามมา นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดทางจิตใจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ไม่น้อยไปกว่าระดับความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เนื่องจากความเครียดและอารมณ์ความรู้สึกทางลบจะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองส่วน Hypothalamic-pituitary-adrenal ทำงานมากขึ้น ส่งผลต่อศูนย์ควบคุมความเครียดในสมองให้ทำงานมากขึ้น เกิดการเกาะกลุ่มของลิ่มเลือดในสมอง จนนำมาสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รวมทั้งความเครียดหรืออารมณ์ทางลบส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา นำมาสู่ภาวะความดันโลหิตสูงตามมา ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Markus, 2014) ดังนั้นการผ่อนคลายความเครียดและการทำจิตใจให้ผ่อนคลาย สดชื่น แจ่มใส จึงมีส่วนช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ (ปัทมิตา ทรวงโพธิ์, 2560)

5. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการ
มาตรวจตามนัด

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึง
ยาทุกชนิดที่แพทย์สั่งให้รับประทานเพื่อช่วยควบคุม
โรคอื่นๆ ด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ
ไขมันในเลือดสูง ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรค
หลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งหากไม่รับประทานยาอย่าง
ต่อเนื่องก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือด
สมองซ้ำได้ (ปัทมิตา ทรวงโพธิ์, 2560) สมาคม
แพทย์โรคหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart
Association, 2019) ระบุว่าใช้เพื่อป้องกันการกลับ
เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในระยะยาวแบ่งออกเป็น
2 กลุ่ม คือ 1) ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet therapy)
และ 2) ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation)
ยาทั้ง 2 กลุ่มนี้สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด
สมองซ้ำได้ ซึ่งควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่าง
เคร่งครัด แม้การรับประทานยาจะไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วย
หายขาดจากโรค แต่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง สูงกว่า 105 มิลลิเมตร
ปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและมีอาการ
แทรกซ้อนทางหัวใจ สมอง และไต ได้มากขึ้น ดังนั้นการ
ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้
โอกาสเสี่ยง ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลด
น้อยลง (วาสนา เหมือนมี, 2557) การมาตรวจตามนัด
หรือการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องสามารถ
ป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้
เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถให้
คำแนะนำและเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

นั่นเอง (ปัทมิตา ทรวงโพธิ์, 2560) โดยสามารถแนะนำ
ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฝ้าระวังอาการผิดปกติ
ด้วยตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ควรรีบมาพบ
แพทย์ก่อนนัดเพื่อเข้ารับการตรวจรักษา ได้แก่ อาการ
อ่อนแรง และ/หรือขาของแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง
ร่วมกับมีอาการชาที่ใบหน้าขาข้างใดข้างหนึ่ง ตา
มองเห็นไม่ชัดหรือมืดทันทีทันใด โดยเฉพาะเป็นข้าง
เดียวหรือมองไม่เห็นครึ่งซีกของลานสายตา ปากเบี้ยว
พูดไม่ชัด รู้สึกลิ้นแข็งเวลาพูด พูดไม่ออก นึกคำไม่
ออก คิดคำนวณไม่ได้ มีความผิดปกติในการใช้ภาษา
ปวดศีรษะ หรือ เวียนศีรษะ หรือบ้านหมุน เดินเซ
เสียการทรงตัว นอกจากนี้อาจมีอาการสำคัญอาหาร
แขน ขา เคลื่อนไหวผิดปกติบังคับไม่ได้ หลงลืม
เกิดขึ้นทันทีทันใด ถึงแม้บางครั้งอาการอาจจะดีขึ้น
เองหรือหายเป็นปกติ ก็ควรต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อ
ตรวจรักษา เนื่องจากมีแนวโน้มของการเกิดโรคหลอดเลือด
สมองซ้ำสูง (สถาบันประสาทวิทยา, 2562)

บทสรุป

การป้องกันไม่ให้เกิดกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
ซ้ำ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระค่าใช้จ่าย และลด
อัตราการเสียชีวิต ทุกๆ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข
จะต้องให้ความสำคัญ เพื่อกำหนดแนวทางและ
มาตรการในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้ป่วย
สามารถฟื้นฟูสุขภาพร่างกายได้ มีพฤติกรรมทางสุขภาพ
ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นโรคหลอดเลือด
สมองซ้ำ โดยการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค
หลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ โดยเริ่มตั้งแต่การ
ปรับพฤติกรรมตนเองได้อย่างถูกต้องและ
เหมาะสม ได้แก่ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร



การปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด การผ่อนคลาย ความเครียด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด ที่สำคัญบทบาทของพยาบาลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ได้แก่การแนะนำผู้ป่วย การเตรียมผู้ดูแล การสร้างแรงจูงใจให้ใส่ใจสุขภาพ เสริมสมรรถนะ และความเชื่อมั่นในตนเอง ว่าผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้มากขึ้น ได้อย่างยั่งยืน และไม่เกิดโรคซ้ำ อีกทั้งยังมีคุณภาพชีวิต

ที่ดีขึ้น ลดภาระการพึ่งพา ลดความเสี่ยงพิการ ป่วยติดเตียง และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรโดยเฉพาะ พฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายเหมาะสม และที่สำคัญ พยาบาลในชุมชนควรมีบทบาทในการชี้นำประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถเฝ้าระวังสังเกตอาการนำของโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบ BEFAST ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และสามารถนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วภายในช่วงนาทีทอง (Golden period) ได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2562). *จำนวนและอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปี ปฏิทิน พ.ศ. 2562*. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2564). *จำนวนและอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปี ปฏิทิน พ.ศ. 2564*. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.
- จารุวรรณ ปิยหิรัญ. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 22(43-44), 130-142.
- จิรบูรณ์ โตสงวน, สุชัยญา อังกุลานนท์, หทัยชนก สุมาลี, และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2555). ความสัมพันธ์และความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจจากการสูบบุหรี่: การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอนุมาน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(2), 248-259.
- จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ และชนกพร จิตปัญญา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ประโยชน์ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 34-44.
- จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ์, วินัส ลิฬหกุล, และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม. *วารสารโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 17(1), 5-18.
- ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสุขศึกษา*, 41(1), 62-75.
- ณัฐฉา บุญสนธิ, ประทุม สร้อยวงศ์, และจิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว. *พยาบาลสาร*, 47(2), 262-273.
- รัฐสร้อยทิพย์ ศิริเดชสกุล, อลิสา นิตธรรม, วินัส วัฒนธารงค์, ณัฐฤตา ศิริโสภณ, และเอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 188-198.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โพธิบาล, และทศพร คำผลศิริ. (2558). *การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ*. *พยาบาลสาร*, 42, 107-117.



- ปัทมิตา ทรวงโพธิ์. (2560). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 13(2), 56-67.
- พัฒนา เศรษฐวิธานิช, เสน่ห์ คล้ายบัว, ณิชนน หล้ารอด, และวดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ. (2563). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13(2), 86-97.
- วาสนา เหมือนมี. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(2), 156-165.
- วิยะดา แสงศรี, ปิยะฉัตร สิวานันท์, และนุชจรี นักร. (2558). โรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีตัน (Carotid stenosis) และการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วยการใส่ขดลวดถ่างขยาย (Carotidstent). *เวชบันทึกศิริราช*, 8(2), 89-97.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). *โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน*. อัลทิเมทพรีนติ้ง.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ธนาเพรส.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน* (พิมพ์ครั้งที่ 9). สถาบันประสาทวิทยา.
- สายสุนีย์ เจริญศิลป์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร] ส.ม.
<http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/2833>
- สุจิตรา คุ่มสะอาด, วิณา เทียงธรรม, และเพลินพิศ สุวรรณอำไพ. (2560). ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(ฉบับพิเศษ), 13-26.
- อรอุมา คงแก้ว. (2561). *การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- American Heart Association. (2017). *Heart disease and stroke statistics 2017 update: A report from the American heart association*. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000485>.
- American Heart Association. (2019). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 Update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.0000000000000211>



- Araya, C., Charin, S., & Yupha, W. (2023). Lifestyle, clinical, and occupational risk factors of recurrent stroke among the working-age group: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 9, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13949>
- Beilei, L., Zhenxiang, Z., Yongxia, M., Chongjian, W., Hui, X., Lamei, L., & Wenna, W. (2021). Cumulative risk of stroke recurrence over the last 10 years: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*, 4(2), 61-71. <https://doi.org/1007/s10072-020-04797-5>
- Chin, Y. Y., Sakinah, H., Aryati, A., & Hassan, B. M. (2018). Prevalence, risk factors and secondary prevention of stroke recurrence in eight countries from South East and Southeast Asia: A scoping review. *Medical Journal of Malaysia*, 73(2), 90-99.
- Frans K., Richard A.P. Takxa, H., W.A.M. de Jonga, Birgitta K. Velthuisa, L. Jaap Kappelleb, & Jan. W. Dankbaara. (2018). Clinical and imaging predictors of recurrent ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *Cerebrovascular Disease*, 45, 279-87. <https://doi.org/10.1159/000490422>
- Hankey, G. J. (2014). Secondary stroke prevention. *The Lancet Neurology*, 13(2), 178-194.
- Khanecski, A.N., Bjerkreim, A.T., Novotny, V. Naess, H., Logallo, N., & Kvistad, C.E. (2019). Recurrent ischemic stroke: Incidence, predictors, and impact on mortality. *Acta Neurologica Scandinavica*, 140(1), 3-8. <https://doi.org/10.1111/ane.13093>
- Lambert, C.M., Olulana, O., Bailey-Davis, L., Abedi, V., & Ramin Zand, R. (2021). “Lessons Learned” Preventing recurrent ischemic strokes through secondary prevention programs: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(18). <https://doi.org/10.3390/jcm10184209>
- Markus MacGill. (2014). *Psychological stress “increases risk of stroke”*. <http://www.MedicalNewsToday.com/articles/279438.php>
- Mia, K., Laura, C., & Christina, K. (2021). Recurrent ischemic stroke-A systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(8). 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105935>
- Rijsbergen, V., Kop, M., Kort, D. & Sitskoorn. (2018). Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety. *Neuropsychological Rehabilitation*, 4, 1-14. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1441720>
- Slark, J. (2010). Adherence to secondary prevention strategies after stroke: A review of the literature. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6(6), 282-286. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2010.6.6.77883>



- Turan, T.N., Nizam, A., Lynn, J. M., Egan, B.M., Le, N-A., Lopes-Virella, M.F., Hermayer, K.L., Harrell, J., Derdeyn, C.P., Fiorella, D., Janis, L.S., Lane, B., Montgomery, J., Chimowitz. M.I., (2017). Relationship between risk factor control and vascular events in the SAMMPRIS trial. *Neurology*, 88(3), 79-85.
- World Health Organization. (2013). *World health statistics 2013: A wealth of information on global public health*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82058/WHO_HIS_HSI_13.1_eng.pdf?se
- World Health Organization. (2019). *Annual report 2019: Health for all*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333249/9789290223214eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2022). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#.BDXoc8HO>
- World Stroke Organization, (2022). *Annual report 2022*. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2022_-_online.pdf
- Zhu, R., Xu, K., Shi, J., & Yan, Q. (2016). Time interval between first ever and recurrent stroke in a population hospitalized for second stroke: A retrospective study. *Neurology Asia*, 21(3), 209-216.

การเสริมพลังแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพในการรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษา: บทบาทพยาบาลชุมชน

วิชุดา กลิ่นหอม*, จุติมา หมอทรัพย์*

บทคัดย่อ

บุหรี่เป็นสารเสพติดอันตรายที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นของคนทั่วโลกซึ่งสามารถป้องกันได้ ปัจจุบันพบการสูบบุหรี่ในเยาวชนและผู้สูบบุหรี่ใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพในระยะยาว ดังนั้นจำเป็นต้องมีการแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่ในเยาวชน โดยกลุ่มเยาวชนด้วยกัน การเป็นแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพ จึงเป็นกำลังสำคัญในการรณรงค์ลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงศักยภาพของเยาวชนในหลายมิติ หนึ่งในนั้นคือ มิติการขับเคลื่อนทางด้านสุขภาพ จึงมีแนวคิดในการส่งเสริมให้เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญยิ่งในการร่วมพัฒนาสถานศึกษาปลอดบุหรี่ พัฒนาศักยภาพของเยาวชนด้วยการสร้างพลังเพื่อให้มีความรู้ ความมั่นใจในตนเอง รับผิดชอบต่อตนเอง และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติ ในบทความนี้ได้ประยุกต์มโนทัศน์การเสริมพลังอำนาจในการพัฒนาศักยภาพของแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพของโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งมาใช้ในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลชุมชน, แกนนำนักเรียนด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการสูบบุหรี่, การเสริมพลังอำนาจ



Empowering Student Health Leaders in Secondary School Smoking Prevention Campaign: The Role of a Community Nurse

Wichuda Klinhom*, Thitima Morsup*

Abstract

Tobacco is a dangerous addictive substance that is causing an increasing number of deaths among people around the world which can be prevented. Currently, smoking is found among youth and there are more new smokers every year. These things cause long-term health problems. Therefore, it is necessary to solve the problem of youth smoking by a group of youth together. The youth's student leaders in health are important forces in the campaign to reduce smoking behavior. The Ministry of Public Health has realized the potential of youth in many dimensions. One of them is a dimension of driving health. Therefore, there is an idea of encouraging youth to participate in taking care of one's own health, family, and community health. Community nurses have an important role in developing smoke-free educational institutions. The potential of youth is developed by empowering them to have knowledge, self-confidence, self-efficacy, and increased abilities to practices. In this article the concept of empowerment is applied to develop the potential of student health leaders among a secondary school to reduce smoking behavior.

Keywords: Community nurse roles, Student health leader, Smoking behavior, Empowerment

บทนำ

บุหรีเป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมาย และมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตคนไทยตลอดจนระบบเศรษฐกิจ ทั้งด้านการผลิต การจำหน่าย การบริโภค บุหรีเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้มากที่สุด บุหรีคร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี โดยใน 7 ล้านคนนั้นมีผลกระทบจากการสูบบุหรีโดยตรง และอีก 1.2 ล้านคน ได้รับผลกระทบจากการสัมผัสควันบุหรีหรือควันบุหรีมือสอง (World Health Organization [WHO], 2020) บุหรีไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูบเท่านั้น แต่ยังเกิดอันตรายต่อผู้ที่ไม่สูบบุหรี โดยได้รับอันตรายจากควันบุหรีเมื่อพิจารณาแนวโน้มอัตราการสูบบุหรีของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมทั้งประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2564 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยโดยใน พ.ศ. 2557 ร้อยละ 20.7 และกลับมาลดต่อเนื่องใน พ.ศ. 2558-2564 (ร้อยละ 19.9, 19.1 และ 17.4 ตามลำดับ) ผลสำรวจพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ.2564 พบว่าผู้สูบบุหรีส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรีครั้งแรกเมื่ออายุ 18-22 ปี และสูบจนเป็นปกตินิสัยเมื่ออายุ 19-23 ปี เป็นที่น่าสังเกตว่าหลังจากที่มีการเริ่มสูบครั้งแรกแล้วมีการสูบอย่างต่อเนื่องไปประมาณ 1 ปี ทำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรีจนกลายเป็นปกตินิสัย อีกทั้งยังพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบุหรีที่สูบต่อวันคือ 10 มวน หรือครึ่งซอง (ร้อยละ 66.66) (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราการสูบบุหรีของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการลดลงดังกล่าว ยังไม่เพียงพอต่อการลดปัญหาสุขภาพของประชากรที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายที่

ก่อให้เกิดการเสียชีวิต เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น สถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้หลายหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนต่างพยายามดำเนินการด้วยมาตรการต่างๆ ทั้งทางด้านกฎหมาย และการรณรงค์ ตลอดจนกลไกช่วยเหลือในการเลิกบุหรี โดยมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรีให้เหลือน้อยที่สุด แต่พบว่ายังมีจำนวนผู้สูบบุหรีในแต่ละปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจากผู้สูบบุหรีหน้าใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทางการตลาดที่สำคัญของธุรกิจยาสูบ

โรงเรียนมัธยมศึกษากับแนวคิดสถาบันการศึกษาปลอดบุหรี

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดควันบุหรี โดยเชื่อว่าการที่บุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดบุหรี จะช่วยป้องกัน ผู้สูบบุหรีและผู้ที่ไม่สูบบุหรี ลดการสูบบุหรีและผู้ที่ต้องการ เลิกสูบบุหรีได้สำเร็จ (World Health Organization [WHO], 2013) โดยเฉพาะการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี เพื่อลดพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรีของนักเรียนในโรงเรียน ประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดให้โรงเรียนเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี ร้อยละ 100 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อให้เยาวชนเข้าถึงยาสูบได้ยากขึ้น และปลอดภัยจากการสัมผัสควันบุหรีมือสอง มากขึ้นเพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวมีประสิทธิภาพ และจริงจัง ทุกภาคส่วน จึงจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายระหว่างพยาบาลชุมชน ครู ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และโรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมการบริโภคยาสูบตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ

(World Health Organization [WHO], 2023) ซึ่งได้กำหนดกรอบอนุสัญญาในประเด็นที่ 14 มีสาระสำคัญส่วนหนึ่งของอนุสัญญาว่าด้วยมาตรการการเลิกใช้และการรักษาผู้ติดยา โดยดำเนินการส่งเสริมการเลิกใช้ยาในสถานการศึกษา รวมถึงการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกับชุมชนและเสริมสร้างพลังชุมชน โดยเน้นสนับสนุนการพัฒนาและส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพของโรงเรียนและชุมชนท้องถิ่น และในประเด็นที่ 12 มีสาระสำคัญส่วนหนึ่งของอนุสัญญาว่าด้วยเรื่องการให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน ส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันยาสูบ รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกใช้ยาสูบ

การมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนในสถาบันการศึกษาตลอดชีวิต

กระทรวงสาธารณสุข ได้พิจารณาเห็นถึงศักยภาพของเด็กและเยาวชนในมิติการขับเคลื่อนทางด้านสุขภาพ จึงมีแนวคิดในการส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน จนถึงการใช้ชีวิตประจำวันที่สำคัญในระดับประเทศ ซึ่งจะช่วยให้งานสาธารณสุขมีความมั่นคงและเข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยเริ่มต้นจากการพัฒนา “คน” ซึ่งถือเป็นการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญตามนโยบายรัฐบาลเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการเป็นจิตอาสา ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยในการดูแลสุขภาพคนใกล้ตัวและขยายผลสู่ชุมชนให้เกิดความตระหนักและปลูกฝังทัศนคติและสร้างเสริมทักษะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) กรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างแกนนำด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชน จึงได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ “ยุว อสม.” ในกลุ่มเด็กและเยาวชนทั้งใน และนอกระบบการศึกษาที่สมัครใจและสนใจกิจกรรมด้านสุขภาพ มีความมุ่งมั่นเสียสละช่วยเหลือทำงานในการดูแลสุขภาพให้แก่เพื่อนรุ่นพี่ รุ่นน้อง สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งคนในชุมชนให้มีสุขภาพดี โดยมุ่งหวังให้มีบทบาทเป็นนักสื่อสารสุขภาพ (Health reporter) นวัตกรรมด้านสุขภาพ (Health creator) และเป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ (Health influencer) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีหลักสูตรการพัฒนาในรูปแบบการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อการเรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และผู้สนใจ โดยกำหนดบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ดังนี้ 1) เป็นจิตอาสา/อาสาสมัครในการดูแลสุขภาพเพื่อนนักเรียน หรือคนในชุมชน 2) เป็นกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพภายในโรงเรียน หรือชุมชน 3) จัดกิจกรรมพัฒนาปัจจัยแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามประเด็นและสถานการณ์ปัญหาของโรงเรียน ชุมชน 4) เฝ้าระวัง ป้องกัน ปัญหา สถานการณ์ และพฤติกรรมสุขภาพในโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน 5) เป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพให้กับเพื่อน ครอบครัว ชุมชน สังคม 6) สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่เพื่อน ครอบครัว ชุมชน 7) ให้บริการด้านสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แก่เพื่อน ครอบครัว ชุมชน 8) เป็นผู้ประสานงานการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 9) ศึกษา พัฒนานตนเอง ตลอดจน



เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุขประโยชน์อย่างต่อเนื่อง และ 10) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในท้องถิ่น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565)

ช่วงอายุเริ่มแรกของการสูบบุหรี่เริ่มในช่วงวัยรุ่น หรือในวัยมัธยมศึกษา โดยมีจำนวนเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ และเพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นโดยการชักชวน ดังนั้น แกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพในแต่ละสถาบันจึงมีความสำคัญอย่างมากในการมีบทบาทลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในโรงเรียน เนื่องจากแกนนำนักเรียนฯ อยู่ในวัยใกล้เคียงกันและมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมของวัยรุ่นมากที่สุด จึงจำเป็นต้องพัฒนาแกนนำนักเรียนฯ ในการช่วยลดปัญหาการสูบบุหรี่ในโรงเรียน การพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนตนเอง นับว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดีในการปลูกจิตสำนึกการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เริ่มจากการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นจิตอาสาด้านสุขภาพ ขับเคลื่อนให้เกิดชุมชนสุขภาพดีทั้งในระดับครอบครัว โรงเรียน และชุมชน การก่อ กำนัดฟันเพื่อสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน จึงเป็นอีกพลังสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อน การดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ซึ่งจะสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ และติดอาวุธทางปัญญาที่มีความมุ่งมั่นใส่ใจด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเอง โดยได้พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็น แนวทางการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำความรู้ที่ได้นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน (กองสุศึกษา

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อนึ่ง การพัฒนาคนให้ มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดนั้น จะ ต้องเน้นไปที่กลุ่มเยาวชนของประเทศ เนื่องด้วยในอนาคตเยาวชนจะเติบโตใหญ่เป็นกลุ่มบริหารจัดการประเทศให้ประสบความสำเร็จ จะต้องสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มเยาวชนให้เกิดการพัฒนาชุมชนของตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพและมีความสามารถที่จะพัฒนาชุมชนของตนเองต่อไป โดยเฉพาะการพัฒนาแก่นักเรียนในสถาบันการศึกษาที่มีการสูบบุหรี่ โดยมีนักเรียนเป็นแกนนำด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาการสูบบุหรี่ เป็นกลไกสำคัญนอกเหนือจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

บทบาทพยาบาลชุมชนในสถาบันการศึกษาปลอด บุหรี่

ในฐานะพยาบาลชุมชนที่มีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพให้กับบุคคลทุกกลุ่มเพศและวัย งานอนามัยโรงเรียนจึงถือว่าเป็นงานที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาลอนามัยชุมชนที่ต้องเข้าไปมีบทบาทในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ภาครัฐจัดให้แก่ประชากรกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) ซึ่งมีเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คือ การยกระดับคุณภาพความเสมอภาค และประสิทธิภาพทางการศึกษาของเยาวชน ในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเรียนรู้ที่สนับสนุนศักยภาพรายบุคคล ที่จะมามีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงานที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ศักยภาพของเยาวชนกลุ่มนี้ได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์อย่างสูงสุด พยาบาลชุมชนจึง

เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยผลักดันให้กลุ่มแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพให้มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ เสริมสร้างความรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน สามารถกระจายข้อมูลความรู้สู่กลุ่มเยาวชนได้อย่างทั่วถึง โดยใช้โมเดลการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมพลังแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพเพื่อให้เป็นฟันเฟืองคุณภาพที่สำคัญในโรงเรียนและร่วมมีบทบาทในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับพยาบาลอนามัยชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการลดปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

สมาคมพยาบาลอนามัยโรงเรียนแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Association of School Nurses [NASN], 2020) ได้พัฒนารอบแนวคิดการทำงาน of พยาบาลอนามัยโรงเรียนในยุคศตวรรษที่ 21 (Framework for 21st Century School Nursing Practice) โดยเน้นหลักการปฏิบัติการพยาบาลในโรงเรียน ที่เน้นการทำงานร่วมกันของโรงเรียนและชุมชนในการเรียนรู้ด้านสุขภาพ หัวใจสำคัญของกรอบแนวทางปฏิบัตินี้ คือ การพยาบาลที่เน้นให้นักเรียนเป็นศูนย์กลางทั้งภายในบริบทของครอบครัว โรงเรียนและชุมชน โดยมีหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (Standards of practice) 2) การประสานงานการดูแลภายใต้แนวคิดนักเรียนเป็นศูนย์กลาง (Care coordination) 3) ภาวะผู้นำในการปฏิบัติการเพื่อสุขภาพในโรงเรียน (Leadership) 4) การพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพในโรงเรียน และนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงาน และ 5) ความรู้และทักษะด้านชุมชนและการสาธารณสุข (Community and public health) หลักการสำคัญประการนี้เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ที่เน้นการ

ปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับนักเรียนที่มีสุขภาพดีในระยะยาวด้วยบทบาทของพยาบาลในงานอนามัยโรงเรียน

บทบาทของพยาบาลในงานอนามัยโรงเรียน 11 ประการ (NASN, 2020) ประกอบด้วย 1) การจัดการรายกรณี (Case management) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง พยาบาลชุมชน นักเรียน และทีมสุขภาพ รวมถึงครอบครัว และบุคลากรในโรงเรียน ในการวางแผนให้การดูแลสุขภาพ สำหรับนักเรียน 2) การจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic disease management) เน้นการป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ เพื่อไม่ให้นักเรียนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีความพิการอันเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ 3) การสื่อสารร่วมมือกัน (Collaborative communication) เป็นการทำงานร่วมกับทีมสหวิทยาการ ให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการสุขภาพทั้งภายในและภายนอกโรงเรียน 4) การให้การดูแล (Direct care) เป็นการดูแลสุขภาพนักเรียนโดยตรงทั้งปัญหาเฉียบพลัน ปัญหาเรื้อรัง และปัญหาเรื้อรัง ตามมาตรฐานของวิชาชีพ 5) การศึกษา (Education) เป็นการวางแผนการเรียนรู้สำหรับนักเรียนและครอบครัว ให้สามารถจัดการสุขภาพตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ 6) ทีมสหวิทยาการ (Interdisciplinary teams) เป็นการทำงานร่วมกันของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญจากทั้งจากในโรงเรียน และในชุมชน 7) การสร้างแรงบันดาลใจให้การปรึกษา (Motivational interviewing counseling) เป็นการสื่อสารที่ให้ผู้เข้ารับการได้รับการปรึกษาและสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง 8) แผนการดูแลนักเรียน (Student care plans) มีการจัดทำแผนการดูแลนักเรียนเป็นเฉพาะกรณี เพื่อให้การดูแลตามเป้าหมายและนโยบายของโรงเรียน

9) นักเรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-centered care) มองนักเรียนเป็นองค์กรและเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้สามารถคิด ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง 10) การเสริมพลังอำนาจให้กับนักเรียน (Student self-empowerment) พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้นักเรียน มีพลังอำนาจความสามารถและความมั่นใจในการจัดการสุขภาพของตนเอง และ 11) การวางแผนการเปลี่ยนผ่าน (Transition planning) พยาบาลจะต้องมีการวางแผนส่งเสริมและสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพและการเรียนรู้เมื่อนักเรียนมีการเปลี่ยนโรงเรียนหรือระดับช่วงชั้นในการศึกษา

บทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนในงานอนามัยโรงเรียนอีกประการหนึ่ง คือ การสนับสนุนให้โรงเรียนดึงศักยภาพของตนเองร่วมกับการประสานความร่วมมือระหว่างชุมชนและเครือข่ายทางสังคม ผลักดันให้นักเรียนมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ควรนำปัจจัยเอื้อเป็นแนวในการส่งเสริมสุขภาพโรงเรียน ได้แก่ การให้โอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสมาเรียนรู้ หรือระดมสมองร่วมกัน การสนับสนุนให้มีวิทยากรที่มีความเข้าใจแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการ และมีเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อใช้ดำเนินการสร้างพลังอำนาจ เพิ่มความสามารถให้กลุ่มเป้าหมาย มีการจัดตั้งกลุ่มเครือข่ายระหว่างโรงเรียนเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งร่วมกันและการถ่ายทอดประสบการณ์จัดทำโครงการเพิ่มขีดความสามารถให้กับบุคคลและชุมชน ในการแก้ปัญหาหรือสร้างสรรค์พลังแห่งการพัฒนาตนเอง สมาชิกของชุมชนสามารถดำเนินการได้ โดยปัจจัยเอื้อดังกล่าวจะต้องผนวกเข้ากันตามความเหมาะสมด้วยเทคนิคการศึกษาชุมชนอย่างมีส่วนร่วม กระบวนการรวมพลังสร้างสรรค์งานสู่อนาคต และปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียน

การสอนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนด้วยกระบวนการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อให้สมาชิกของชุมชนเกิดความตระหนักที่จะหาทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของชุมชน (ปราลัณ ทองศรี และอารยา เขียงทอง, 2561)

บทบาทของพยาบาลในการสร้างแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดอบรมแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพ หรือนักเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียน เพื่อเป็นผู้ช่วยเหลือในการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ช่วยเหลือครูอนามัยโรงเรียนในการให้บริการสุขภาพแก่เพื่อนนักเรียน การให้แกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้น จำเป็นต้องทราบขอบเขตในการดำเนินงานของตน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง พยาบาลชุมชนต้องอธิบายบทบาทของแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพ ให้เข้าใจก่อนดำเนินงานจริง โดยพยาบาลชุมชนใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย มีการถามย้อนกลับ เพื่อทบทวนความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้แกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพซักถาม

การเสริมพลังแกนนำสุขภาพนักเรียนในสถาบันการศึกษาปลอดบุหรี่

พยาบาลมีบทบาทในการปกป้องสิทธิทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพ การให้ความรู้และให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย และประชาชน การติดต่อสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศการท้าววิจัย การพัฒนาวิชาชีพ รวมทั้งการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ในสถาบันการศึกษา

เพื่อความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ทุกช่วงวัย ซึ่งสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล (สุปาณี เสนาดีสัย และสุรินธร กลัมพากร, 2563) ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์เชิงรุก ในการดำเนินการต้องผสมผสานระหว่างการเน้นจุด ย้ำส่วนสำคัญ การให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่และโรค ที่เกิดจากบุหรี่ยุบรวมกับกิจกรรมที่สร้างความสนุก ความบันเทิง เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนเพื่อป้องกันนักสูบหน้า ใหม่ในชุมชน และการชี้นำแนวเชิงนโยบายสุขภาพ สาธารณะ และการจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมเพื่อ การไม่สูบบุหรี่ในชุมชน นอกจากนี้การพัฒนา สถาบันการศึกษาปลอดบุหรี่ให้สามารถขับเคลื่อนได้ ต้องมีองค์ประกอบสำคัญที่ คุณครู บุคลากรทุกระดับ นักเรียน ชุมชนรอบโรงเรียน รวมถึงผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับมหาวิทยาลัย โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกลางเพื่อเชื่อมโยงผ่านกระบวนการ ทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพ

2. การป้องกันโรค เป็นบทบาทเชิงรุกในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงใน ผู้ป่วย รวมถึงการช่วยให้ผู้ที่สูบบุหรี่ลด ละ เลิกการ สูบบุหรี่โดยเน้นให้ผู้สูบบุหรี่เล็งเห็นถึงพิษภัย อันตรายและผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อภาวะ สุขภาพและการเกิดโรค รวมถึงการสร้าง สภาพแวดล้อมให้ผู้สูบบุหรี่เห็นถึงอันตรายของ การสูบบุหรี่

3. การรักษาพยาบาล เป็นการพยาบาล ร่วมกับทีมสุขภาพในการบำบัดรักษาผู้ที่สูบบุหรี่ให้ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จโดยให้ความรู้ จัด พฤติกรรมบำบัด ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ตามบริบทและวิธีการของแต่ละบุคคล พยาบาลดำเนินการในรูปแบบคลินิกที่อยู่ในสถาน

บริการสุขภาพของโรงเรียนได้ ด้วยบทบาทของ พยาบาลคลินิกเล็กบุหรี่ยุ่

4. การฟื้นฟูสภาพ เป็นบทบาทที่เน้นการให้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้ที่กำลังอยู่ระหว่างการเลิก สูบบุหรี่ และการฟื้นฟู ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมใน โรงเรียนให้เอื้อต่อการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ของ ประชาชนในชุมชนมากขึ้น

แนวทางการพัฒนาแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพ ด้วยการประยุกต์ใช้โมเดลการเสริมสร้างพลัง อำนาจ

ผู้เขียนได้ประยุกต์การเสริมพลังอำนาจ ของ วอลเลอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1994) มาใช้ในโครงการการพัฒนา ศักยภาพของแกนนำนักเรียนฯ เพื่อให้มีความรู้เรื่อง บุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเป็น อาสาสมัครทางด้านสุขภาพ รูปแบบการสร้างพลังที่ เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกของการเป็น ชุมชน และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชนทั้ง ระดับบุคคลและชุมชน รูปแบบนี้มีจุดเด่นที่บทบาท ของการคิดวิเคราะห์และตระหนักรู้ (Conscientization) มีโครงสร้างเป็นเกลียวและการสะท้อนกลับ องค์ประกอบสำคัญของการสร้างพลัง ได้แก่ การคิด วิเคราะห์ การริเริ่ม ความตระหนักรู้ต่อปัญหาการฟ้ง การสนทนา จะนำไปสู่การพัฒนาความรู้สึกของการ เป็นชุมชน กล่าวคือ บุคคลกลุ่ม และชุมชนจะต้อง เริ่มการเรียนรู้วิธีคิดวิเคราะห์ก่อนที่จะมีการพัฒนา ความสามารถในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ รวมถึงกิจกรรมของชุมชนและกระบวนการสะท้อนกลับ การที่คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของ ชุมชนโดยร่วมกันวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และมีการนำไปปฏิบัติ จะนำชุมชนไปสู่การพัฒนา ความรู้สึกของความสำเร็จ การเสริมพลังอำนาจอยู่ บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การ

ทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยจัดกิจกรรมให้อาสาสมัครนักเรียนด้านสุขภาพได้เรียนรู้มีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การฟังและการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การวางแผนและกำหนดวิธีการ แก้ปัญหาที่เหมาะสม 3) การเรียนรู้แบบกลุ่ม โดยการสาธิตการฝึก และฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) และ 5) การประเมินผล (Evaluation) หลังการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

กรณีศึกษา : การจัดโครงการพัฒนาศักยภาพของแกนนำด้านสุขภาพเพื่อลดการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

จากประเด็นปัญหาการสูบบุหรี่ในโรงเรียนดังกล่าว กอปรกับความร่วมมือจากทางโรงเรียนและชุมชน จึงได้จัดโครงการนำร่องในงานอนามัยโรงเรียน ของโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี ในการพัฒนาศักยภาพของแกนนำทางด้านสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยประยุกต์มโนทัศน์การเสริมพลังอำนาจของวอลเลอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1994) โดยจัดกิจกรรมให้แกนนำนักเรียนฯ ได้เรียนรู้มีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่มใน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างกัน ร่วมกันคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการสูบบุหรี่ ผลกระทบของปัญหา และกระบวนการแก้ไข กระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกเพื่อแลกเปลี่ยนกับเพื่อน ผู้ดำเนินการสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้เห็น

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากพฤติกรรม โดยใช้คำถามปลายเปิด 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีข่าวเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยอาจจะมีการเผยแพร่ภาพตามโลกโซเชียลมีเดีย สื่อโทรทัศน์ หรือหนังสือพิมพ์ต่างๆ ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดเห็นอย่างไรเมื่อท่านได้ทราบข้อมูลดังกล่าว 2) ท่านคิดว่าสาเหตุของปัญหาการสูบบุหรี่เกิดจากอะไร และ 3) ในฐานะที่ท่านเป็นอาสาสมัครนักเรียนด้านสุขภาพ ท่านจะมีบทบาทและวิธีการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ได้อย่างไร

ระยะที่ 2 การวางแผนและกำหนดวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ประกอบด้วย ทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด โดยวิเคราะห์กรณีศึกษา ในการวางแผนการแก้ปัญหา การดำเนินการแก้ปัญหา และแนวทางการนำความรู้ทักษะที่ได้ไปใช้

กรณีที่ 1 ถ้ามีเพื่อนมาบอกกับท่านว่า “ที่บ้านก็มีคนสูบบุหรี่ตั้งหลายคน ก็เป็นเรื่องปกติ ไม่เห็นมีใครเป็นอันตรายเลย ตากี่สูบตั้งแฉะยังหนุ่ม จนตอนนี้อายุ 70 กว่าแล้วยังไม่เห็นเป็นอะไร นอกจากไอแห้งๆ อยู่ตลอด” ในฐานะที่ท่านเป็นอาสาสมัครนักเรียนด้านสุขภาพต่อการลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ ท่านจะมีวิธีการอย่างไรเพื่อชักจูงให้เพื่อนนักเรียนเข้าใจในพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง

กรณีที่ 2 หากมีเพื่อนบอกว่า “อยากลองสูบบุหรี่ เห็นเพื่อนคนหนึ่งสูบแล้วเท่ดี” ท่านคิดว่าจะมีวิธีการโน้มน้าวเพื่อนนักเรียนคนดังกล่าวได้อย่างไรในฐานะที่ท่านเป็นอาสาสมัครนักเรียนด้านสุขภาพต่อการลดพฤติกรรมสูบบุหรี่

กรณีที่ 3 หากมีเพื่อนมาขอคำแนะนำว่า “มีเพื่อนต่างโรงเรียนคนหนึ่ง ที่จะเจอกันทุกๆ เย็น ชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ แต่ตนเองไม่อยากลองสูบ แต่ไม่รู้จะปฏิเสธอย่างไร” ในฐานะที่ท่านเป็นอาสาสมัครนักเรียนฯ ท่านจะให้คำแนะนำเพื่อนนักเรียนรายนี้อย่างไร

หลังจากนั้น มีการสรุปกิจกรรมและสะท้อนกลับพฤติกรรมการเรียนรู้ระหว่างเพื่อนนักเรียนด้วยกัน

ระยะที่ 3 การปฏิบัติในสถานการณ์จริง การให้นักเรียนที่เป็นแกนนำได้นำความรู้ที่ได้ทั้งหมดไปปฏิบัติจริง เพื่อช่วยบรรณรักษ์เพื่อนนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ และเป็นกระบอกเสียงเพื่อรณรงค์ต่อยังผู้ที่มีการสูบบุหรี่

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ และการประเมินผล ประกอบด้วย การให้การให้นักเรียนที่เป็นแกนนำแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ประสบการณ์จากการได้ฝึกอบรม และปฏิบัติในสถานการณ์จริงระหว่างเพื่อนด้วยกัน โดยให้ระบุความสำเร็จและปัญหา รวมทั้งการแก้ไข โดยใช้คำถามปลายเปิด 3 ประเด็น ได้แก่

4.1 ท่านได้เรียนรู้ในเรื่องใดบ้างจากการบรรณรักษ์การสูบบุหรี่

4.2 ท่านคิดว่าท่านประสบความสำเร็จในการบรรณรักษ์การสูบบุหรี่ หรือไม่ อย่างไร เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น

4.3 ท่านคิดว่าแนวทาง/วิธีการ/เทคนิคของการบรรณรักษ์ป้องกันการสูบบุหรี่ ให้ประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง

จากนั้น ทำการสรุปกิจกรรมและสะท้อนกลับให้กลุ่มแกนนำนักเรียนฯ เห็นสิ่งที่ได้เรียนรู้จากพฤติกรรม

ผลลัพธ์การจัดโครงการ

จากการดำเนินโครงการโดยใช้กลยุทธ์เชิงรุก ผสมผสานความรู้ระหว่างการเน้นย้ำส่วนสำคัญ การให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่และโรคที่เกิดจากบุหรี่ ร่วมกับกิจกรรมที่สร้างความสนุก ความบันเทิง เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในชุมชน

และการชี้นำแนวเชิงนโยบายสุขภาพสาธารณะ และการจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่มโดยร่วมกันคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ผลกระทบของปัญหา และมาตรการแก้ไขปัญหา มีการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้นักเรียนทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตน แลกเปลี่ยนกับสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการวิเคราะห์กรณีศึกษา 3 กรณี ในการวางแผนการแก้ปัญหา การดำเนินการแก้ปัญหา และแนวทางปรับเปลี่ยนการรับรู้ หลังจากนั้นมีการฝึกปฏิบัติจริงโดยให้นักเรียนบรรณรักษ์ จัดทำป้าย และทำโครงการป้องกันการสูบบุหรี่ ทำให้นักเรียนมีส่วนในการช่วยแก้ปัญหา มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาได้ ขั้นตอนสุดท้ายหลังจากได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงแล้ว มีการเข้ากลุ่มสะท้อนกลับ และประเมินผล ทำให้นักเรียนแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ประสบการณ์จากการได้ฝึกอบรม และปฏิบัติในสถานการณ์จริงระหว่างเพื่อนนักเรียน ทำให้กลุ่มแกนนำนักเรียนฯ เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ดังนี้ 1) มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของบุหรี่มากขึ้น ประกอบด้วย เรื่องส่วนประกอบบุหรี่ โทษของบุหรี่ กลวิธีในการเลิกบุหรี่ 2) มีความมั่นใจและมีความกล้าแสดงออกมากขึ้น 3) รับรู้ความสามารถของตนเองที่จะสามารถเป็นแกนนำในการช่วยลดปัญหาการสูบบุหรี่ในโรงเรียนได้ 4) สามารถปฏิบัติกิจกรรม โครงการเพื่อลดปัญหาการสูบบุหรี่ในโรงเรียน และสามารถเป็นที่ปรึกษาเรื่องบุหรี่ให้กับเพื่อนนักเรียนในโรงเรียนได้

สรุป

ปัญหาการสูบบุหรี่ที่ผ่านมา ส่งผลกระทบกับชีวิตและสุขภาพของเด็กและเยาวชน เป็นอย่างมาก รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และ

สังคม เยาวชนเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาการสูบบุหรี่ และมีนักสูบหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลชุมชนในงานอนามัยโรงเรียน จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ทั้งด้านการบริหาร การบริการ และด้านการวิจัย โดยมีความสอดคล้องกับระบบสุขภาพชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนกับชุมชนมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพ ให้เป็นกำลังสำคัญในการรณรงค์ ป้องกัน และชักจูงให้ประชาชนเลิกบุหรี่ได้ เป็นบทบาทที่มี

ความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาศักยภาพด้วยการสร้างพลังเพื่อให้มีความรู้ มีความเชื่อมั่น การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติให้เห็นผลลัพธ์ได้จริง พยาบาลชุมชนสามารถประยุกต์แนวทางการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ประยุกต์โมเดลการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานอนามัยโรงเรียน การวางแผนแก้ปัญหาในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนโดยเฉพาะแกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจพฤติกรรมด้านประชากร พ.ศ.2564*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข (ยุว อสม.)*. กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนวัฒน์ รวมสุข และแอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2565). พยาบาลกับการจัดการสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ในชุมชน. *วารสารพยาบาล*, 71(1), 53-62.
- นงพิมล นิมิตรอนันต์, วิชุดา กลิ่นหอม, และจิตติมา หมอทรัพย์. (2563). การเสริมพลังชุมชน: มโนทัศน์และการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*, 14(1), 13-23.
- พัชรภรณ์ ไซยสังข์, ประภาส ธนะ, รัชพร ศรีเดช, และนพภัสสร วิเศษ. (2563). ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ ด้านความรู้ และทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ทางออนไลน์ในสถาบันการศึกษาในแกนนำนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 69(1), 36-43.
- ภัทรพล จิงสมเจตไพศาล และสันติ ทวยมีฤทธิ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(5), 824-833.
- ปราลีณา ทองศรี และอารยา เขียวทอง. (2561). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในงานอนามัยโรงเรียน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(2), 203-222.
- สุภาณี เสนาดิสัย และสุรินทร์ กลัมพากร. (2563). *บุหรืกับสุขภาพ: พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). (ร่าง) *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13*. <https://www.nesdc.go.th/download/document/Yearend/2021/plan13.pdf>

- Ashrafm, M. N., Al-Ansari, A., Abbasi, N., & Almas, K. (2019). Global Prevalence of Tobacco Use in Adolescents and Its Adverse Oral Health Consequences. *Open Access Maced J Med Sci*, 7(21), 659-3666.
- National Association of School Nurses. (2020). Framework for 21st century school nursing practice™ clarifications and updated definitions. *NASN School Nurse*, 35(4), 225-233.
- National Statistical office. (2021). *Health behavior of population survey 2021*. Statistical Forecasting Division; National Statistical Office.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379-394.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1994). Introduction to community empowerment participatory education and health. *Health Education Quarterly*, 21(2), 141-148.
- World Health Organization. (2003). *WHO Framework convention on tobacco control*. WHO Document Production Services. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=99E4BB48E5C44D33889F3BC9A7A4DCEF?sequence=1> W
- World Health Organization. (2013). *WHO Framework convention on tobacco control*. Geneva.
- World Health Organization. (2018). *Global Health Observatory data repository*. Tobacco use. <https://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.TOB1249?lang=en>
- World Health Organization. (2020). *Tobacco*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2021 addressing new and emerging products*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343287/9789240032095-eng.pdf?sequence=1%26isAllowed=y>

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นวารสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีระบบการประเมินบทความต้นฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาอย่างน้อย 3 คน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและชื่อผู้เขียนบทความ โดยมีนโยบายรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยหรือบทความวิชาการทางการแพทย์ เพื่อเผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีกำหนดการออกเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ ทุก 6 เดือน ซึ่งบทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการจัดลำดับการตีพิมพ์ตามความเหมาะสม

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
2. บทความวิชาการทางการแพทย์พยาบาล

การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

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

1.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาว 10-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรเกิน 20 รายการ **ใช้อ้างอิงแบบ APA 7th edition**

1.2 บทความวิชาการ ความยาว 9-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความฯ และไม่ควรเกิน 20 รายการ **ใช้อ้างอิงแบบ APA 7th edition**

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

3. **ชื่อผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ (Authors)** ให้ใส่ชื่อครบทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.” ใส่เครื่องหมาย * ต่อท้าย สำหรับ Footnote ได้บทความย่อหรือ Abstract พิมพ์ชื่อตำแหน่งวิชาการ ชื่อหน่วยงานที่สังกัดเรียงจากหน่วยงานย่อยไปหน่วยงานใหญ่ของแต่ละคนให้ตรงกับเครื่องหมาย * ที่กำกับไว้ด้านบน หรือหากมีแหล่งทุนวิจัยและ/หรือเป็นวิทยานิพนธ์ ต้องใส่* หลังชื่อบทความด้วย และให้ระบุ email ของผู้เขียนหรือ ผู้นิพนธ์หลักไว้ในส่วน Corresponding author และเบอร์โทรศัพท์ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.”



4. บทคัดย่อ และ Abstract ต้องมีทั้งบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยพิมพ์แยกหน้าพร้อม Footnote ความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

4.1 บทคัดย่อ ของบทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาวไม่เกิน 250-350 คำ โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามหัวข้อดังนี้ ดังตัวอย่าง

4.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย (Purpose)

4.1.2 รูปแบบการวิจัย (Design)

4.1.3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

4.1.4 ผลการวิจัย (Main findings)

4.1.5 สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations)

4.1.6 คำสำคัญ (Keywords)

4.2 บทคัดย่อของบทความวิชาการ ความยาวไม่เกิน 250-300 คำ ทั้งบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทย

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

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

7. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา จะต้องมียืนยันลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. รูปแบบของการเขียนบทความ

8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ ดังนี้

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

8.1.2 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

8.1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8.1.4 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย ต้องอธิบายพร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอสังเขป

8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้วขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.9.1 ค่าเฉลี่ย ใช้สัญลักษณ์ตัวอักษร M เป็นตัวปกติ “M”

8.1.9.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สัญลักษณ์ตัวอักษร SD เป็นตัวปกติ “SD”

8.1.9.3 ค่าสถิติพื้นฐานอื่น ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองในนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=76)

	n	ก่อนทดลอง		t	p-value
		M	SD		
กลุ่มทดลอง	38	36.05	0.10	-537	0.597
กลุ่มควบคุม	38	36.25	0.09		

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=115)

	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกผิด	- 0.324*	0.000
ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	- 0.161	0.086
รวมทุกด้าน	- 0.385*	0.000

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

8.2 บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

8.2.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ, คำสำคัญและ Keywords อยู่หน้าแรก และหน้าที 2

8.2.2 เนื้อหาบทความอยู่หน้าที 3 ประกอบด้วยบทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป โดยเนื้อหาบทความควรเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ และนำไปสู่บทสรุป ข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล

9. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้ใช้รูปแบบการอ้างอิงแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 จำนวนไม่เกิน 20 รายการ โดยไม่ควรอ้างอิงเอกสารเกิน 10 ปี และไม่ควรอ้างอิงแหล่งเว็บไซต์มาก ทั้งบทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ และบทความวิชาการ

10. การส่งบทความและการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

10.1 ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ 1-9 ให้เรียบร้อย หากรูปแบบการเขียนหรือการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ ยกเว้น ผู้เขียนได้ปรับแก้ไขให้ถูกต้องตามข้อเสนอแนะจากกองบรรณาธิการเบื้องต้นตามกำหนดและส่งการแก้ไขใหม่อีกครั้ง

10.2 ส่งบทความตีพิมพ์ในรูปแบบไฟล์ word ในระบบ ThaiJo ที่เว็บไซต์ของวารสาร https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/issue/view/117 โดยแนบ “แบบฟอร์มส่งบทความ และเอกสารรับรองจริยธรรมตีพิมพ์บทความ

10.3 เมื่อผู้เขียนส่งบทความตีพิมพ์แล้ว ฝ่ายจัดการวารสารฯ ได้รับเรื่องจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านระบบวารสารออนไลน์ หลังจากนั้นผู้เขียนสามารถติดตามผลการพิจารณา ผลการประเมินและการแก้ไขบทความได้จากระบบ ThaiJo (โดยมีช่วงเวลาที่กำหนดแต่ละขั้นตอนแสดงไว้ในที่ ที่เว็บไซต์ของวารสาร https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal)

10.4 บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ ฝ่ายจัดการวารสารฯ ทำการตรวจสอบการคัดลอกงาน (Plagiarism) ด้วยโปรแกรม Copy Cath ในระบบ ThaiJo หรือโปรแกรมอักขราวิสุทธิ์ โดยเกณฑ์ยอมรับความซ้ำซ้อนการคัดลอกผลงานวิชาการไม่เกิน 15 %

10.9 วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำหนดออกราย 6 เดือน (2 ฉบับ ต่อปี) ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

โดยจะเริ่มใช้กับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 เป็นต้น

1. การชำระเงินโดยโอนเข้าบัญชี “มหาวิทยาลัยคริสเตียน” เลขที่บัญชี 404-052839-7 ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขานครปฐม

2. เมื่อโอนเงินแล้วให้ส่งหลักฐานการโอนเงินและแบบฟอร์มนำส่งเงินเพื่อชำระค่าธรรมเนียมส่งบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มาที่ E-mail : ursejournal@christian.ac.th เพื่อเป็นหลักฐานในการออกใบเสร็จรับเงิน

งวดที่หนึ่ง ค่าธรรมเนียมพิจารณาบทความและประเมินคุณภาพบทความ จำนวน 2,500 บาท (ชำระทันทีที่ส่งบทความมาพิจารณา) พร้อมส่งไฟล์บทความในระบบ ThaiJO ทั้งนี้หากผลประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธตีพิมพ์ (Rejected) ผู้เขียนไม่สามารถขอเรียกค่าธรรมเนียมคืนไม่ว่ากรณีใดๆ

งวดที่สอง ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จำนวน 1,000 บาท (ชำระเมื่อบทความได้รับตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารได้)

กระบวนการพิจารณาบทความและประเมินบทความ

การพิจารณาบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ในระบบ ThaiJO บรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารดำเนินการพิจารณาตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้เขียนส่งบทความในระบบ ThaiJO พร้อมชำระเงิน 2,500 บาท เพื่อเป็นค่าพิจารณาบทความ
2. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการจะพิจารณาตรวจคุณภาพเบื้องต้นและความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ประเด็นทางจริยธรรมและเอกสารอ้างอิง ให้บทความมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยผู้เขียนต้องปรับแก้ไขให้ถูกต้องและส่งคืนภายในระยะเวลาที่กำหนดอีกครั้ง เป็นไฟล์ต้นฉบับที่ถูกต้อง กองบรรณาธิการจึงจะถือว่าได้รับบทความและระบุวันที่รับบทความ (Received) ให้ ซึ่งจะไม่นับวันที่ส่งบทความในระบบ ThaiJO ครั้งแรก (Submission)
3. กองบรรณาธิการส่งบทความไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) พิจารณาและประเมินคุณภาพบทความ 3 ท่าน ต่อ 1 บทความ โดยดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) คือไม่เปิดเผยชื่อของผู้เขียน และผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบ
4. การรับบทความตีพิมพ์จากผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) วารสารกำหนดรับบทความตีพิมพ์จากผลการพิจารณาประเมินคุณภาพบทความของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้
 - 4.1 กรณีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นต่างกัน หากผลการประเมินตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิรับตีพิมพ์ 2 ใน 3 ท่าน วารสารจะรับตีพิมพ์ และประสานส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามกระบวนการต่อไป
 - 4.2 กรณีผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธบทความ 2 ใน 3 ท่าน วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความ หมายถึง วารสารจะปฏิเสธตีพิมพ์ (Rejected) บทความนั้น โดยจะแจ้งผู้เขียนรับทราบผลประเมินอย่างเป็นทางการผ่านระบบ ThaiJO ซึ่งจะไม่คืนเงินที่ชำระมาแล้ว และผู้เขียนไม่ต้องชำระเงินงวดที่สองถือว่าสิ้นสุดกระบวนการพิจารณาบทความ
 - 4.3 กรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิขอพิจารณาซ้ำ จะประสานส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขอย่างละเอียดโดยแจ้งให้ทราบว่าบทความต้องประเมินซ้ำโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรอบที่ 2 หากผู้เขียนไม่แก้ไขตามข้อเสนอแนะครั้งแรกหรือ แก้ไขไม่ครบถ้วนหากผลพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิไม่รับตีพิมพ์ บรรณาธิการจะพิจารณาผลประเมินตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและตอบปฏิเสธการตีพิมพ์ (Rejected) บทความนั้น เช่นเดียวกับข้อ 4.2)
5. กรณีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาซ้ำแล้วให้ตีพิมพ์ได้ โดยให้ปรับแก้ไขเพิ่มเติม วารสารจะดำเนินการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามกระบวนการต่อไป



6. บทความที่วารสารรับตีพิมพ์ ผู้เขียนต้องปรับแก้ไขอย่างละเอียดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งไฟล์ที่ปรับแก้ไข พร้อมไฟล์ชี้แจงการแก้ไขบทความตามแบบฟอร์ม และส่งคืนในระยะเวลาที่กำหนด พร้อมจ่าย ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เผยแพร่บทความงวดที่สอง 1,000 บาท เพื่อเป็นค่าตีพิมพ์เผยแพร่บทความ

7. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบการแก้ไขบทความภายหลังที่ผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง โดยผู้เขียนต้องแก้ไขให้ถูกต้องและส่งคืนภายในระยะเวลาที่กำหนด วารสารจึงออกหนังสือรับรองตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จึงถือว่าสิ้นสุดกระบวนการ

8. กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการ ประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

9. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการประเมินบทความให้ผู้เขียนทราบผ่านระบบ ThaiJO เท่านั้น ในกรณีที่บทความไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์

10. เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ฝ่ายเดียว

11. ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน

12. การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนภายในสถาบันกองบรรณาธิการ จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

13. บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขพร้อมชี้แจงการปรับแก้ไขในแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

14. บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

15. เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

11.1 กองบรรณาธิการ จะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุด จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) อย่างน้อย 3 คน ซึ่งกระบวนการประเมินจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือ ผู้ประเมินและผู้รับการประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด เพื่อคุณภาพของบทความ การพิจารณาตัดสินการรับตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการรับตีพิมพ์บทความขึ้นอยู่กับผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามคน ส่วนการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นกับบรรณาธิการวารสารฯ โดยบรรณาธิการจะส่งผลการพิจารณาไปยังผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ อาจเป็นการตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์ กรณีเป็นการตอบรับการตีพิมพ์ส่วนใหญ่จะมีข้อเสนอแนะให้มีการแก้ไขตั้งแต่การแก้ไขเพียงเล็กน้อยจนถึงการแก้ไขระดับมาก เพื่อให้บทความวิชาการและบทความวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

11.2 ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

11.3 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ภายในสถาบันกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.4 บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลต์ (Highlight) ส่วนที่แก้ไขพร้อมชี้แจงการแก้ไขในแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.7 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน-บ้านแพ้ว ตำบลดอนยายหอม
อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102-04 โทรสาร 0-3427-4500
E-mail : nursejournal@christian.ac.th

อ่านบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้ที่ Website :
https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/issue/view/41

การเขียนอ้างอิง

การเขียนอ้างอิงประเภทต่างๆ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ APA (7th edition) โดยเริ่มใช้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป ดังตัวอย่าง

1. อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

ผู้แต่ง 1 คน	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	แพรวพรรณ สุวรรณกิต. (2562). <i>เครื่องหัวใจและปอดเทียมหลักการและการปฏิบัติ Heart lung machine: Principle and practice</i> (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./&/สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Polit, D.F. (2010). <i>Statistics and data analysis for nursing research</i> (2nd ed.). Pearson education.
ผู้แต่ง 2 คน	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./และ/ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL.(ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์. (2564). <i>การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ</i> . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./&/สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Best, J. W., & Kahn J. V. (1993). <i>Research in education</i> . (7th ed). Allyn and Bacon.
ผู้แต่ง 3-20 คน (ให้ใส่ชื่อทุกคน)	ภาษาไทย	ชื่อ1 /สกุล1,/ชื่อ2/สกุล2,/ชื่อ3/สกุล3,/ชื่อ4/สกุล4,/ชื่อ5/สกุล5,/ชื่อ6/สกุล6,/และ/ชื่อ7/สกุล7./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	พชร สันทัด, สุรชาติ ณ หนองคาย, สมาน งามสนิท, ฐานันดรศักดิ์ บวรนนท์กุล, เชษฐรัชดา พรณานิกุล, กฤษฏี สถิตยวิฒนานนท์, และประยงค์ เต็มขวลา. (2557). <i>ศาสตร์และศิลป์การบริหารการ พัฒนาศักยภาพมนุษย์</i> . สมาคมส่งเสริมคุณธรรม.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล1,/อักษรย่อชื่อ1./สกุล2,/อักษรย่อชื่อ2./สกุล3,/อักษรย่อชื่อ3./สกุล 4,/และ/อักษรย่อชื่อ4./สกุล5,/อักษรย่อชื่อ5./สกุล6,/อักษรย่อชื่อ6./&/สกุล7,/และ/อักษรย่อชื่อ7./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & ham Ronald L. (2010). <i>Multivariate data analysis</i> . (7th ed). Prentice Hall.

* กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.) ** กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์

*** กรณีไม่ปรากฏเมืองหรือสำนักพิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ท.) หรือ (n.p.)



ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อ และสกุลของ ผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วย เครื่องหมาย, ... ก่อนชื่อคน สุดท้าย	ภาษาไทย	ชื่อ1/สกุล1,/ชื่อ2/สกุล2,/ชื่อ3/สกุล3,/ชื่อ4/สกุล4,/ชื่อ5/สกุล5,/ชื่อ6/สกุล6, ////////ชื่อ7/สกุล7,/ชื่อ8/สกุล8,/ชื่อ9/สกุล9,/ชื่อ10/สกุล10,/ชื่อ11/สกุล11,/ ////////ชื่อ12/สกุล12,/ชื่อ13/สกุล13,/ //////////ชื่อ14/สกุล14,/ชื่อ15/สกุล15,/ ////////ชื่อ16/สกุล16,/ชื่อ17/สกุล17,/ชื่อ18/สกุล18,/ชื่อ19/สกุล19, ... ////////ชื่อคนสุดท้าย/สกุลคนสุดท้าย.(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./ ////////สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
	ภาษาอังกฤษ	สกุล1,/อักษรย่อชื่อ1./สกุล2,/อักษรย่อชื่อ2./สกุล3,/อักษรย่อชื่อ3./สกุล4,/ ////////อักษรย่อชื่อ4./สกุล5,/อักษรย่อชื่อ5./สกุล6,/อักษรย่อชื่อ.6/สกุล7,/ ////////อักษรย่อชื่อ7./สกุล8 ./อักษรย่อชื่อ8./สกุล9,/อักษรย่อชื่อ9./สกุล10,/ ////////อักษรย่อชื่อ10./สกุล11,/อักษรย่อชื่อ11./สกุล12,/อักษรย่อชื่อ12./ ////////สกุล13,/อักษรย่อชื่อ13./สกุล14,/อักษรย่อชื่อ14./สกุล15,/อักษรย่อ ////////ชื่อ15./สกุล16,/อักษรย่อชื่อ16./สกุล17,/อักษรย่อชื่อ17./สกุล18,/ ////////อักษรย่อชื่อ18./สกุล19,/อักษรย่อชื่อ19./././สกุลคนสุดท้าย,/ ////////อักษรย่อชื่อคนสุดท้าย.(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./ ////////URL (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Gilbert, J. R., Smith, J. D., Johnson, R. S., Anderson, A., Plath, S., Martin, G., Sorenson, K., Jones, R., Adams, T., Rothbaum, Z., Esty, K., Gibbs, M., Taultson, B., Christner, G., Paulson, L., Tolo, K., Jacobson, W. L., Robinson, R. A., Maurer, O., ... White, N. (2014). <i>Choosing a title</i> (2nd ed.). Unnamed Publishing.
ผู้แต่งเป็น สถาบัน	ตัวอย่าง	มหาวิทยาลัยคริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์. (2560). รายงานผลดำเนินงาน ปีการศึกษา 2559. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
	ตัวอย่าง	Thailand, Office of the National Education Commission. (1977). <i>A research report on higher education system: A case study of Thailand</i> . Office of the National Education Commission. Ohio State University, College of Social Work. (1979). <i>An assessment of social wellbeing in franklin county: A report</i> . Author
ผู้รวบรวมหรือ บรรณาธิการ	ตัวอย่าง	ไพเราะ เลิศวิราม (บก.). (2550). <i>เศรษฐกิจพอเพียง</i> [Sufficiency economy] (พิมพ์ครั้งที่ 2). Postitioning Books.

2. อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./(พิมพ์ครั้งที่)./URL
	ตัวอย่าง	กรมวิชาการเกษตร. (2555). การป้องกันกำจัดศัตรูปลาน้ำจืดโดยวิธีผสมผสาน (พิมพ์ครั้งที่ 2). http://www.doa.go.th/share/attachment.php?aid+1240
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./(พิมพ์ครั้งที่)./URL
	ตัวอย่าง	Jackson, L. M. (2019). <i>The psychology of prejudice: Form attitudes to social action</i> (2nd ed). American Psychological Association.
หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./https://doi.org/#####/เลข DOI
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./https://doi.org/#####/เลข DOI
หนังสือแปล	ภาษาไทย	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่องภาษาต้นฉบับ/[ชื่อหนังสือภาษาไทย]/##### (พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.
	ตัวอย่าง	ฮอว์คิง, เอส. (2552). <i>The illustrated: A brief history of time</i> [ประวัติศาสตร์ของกาลเวลา ฉบับภาพประกอบ] (พิมพ์ครั้งที่ 17). มติชน.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่องภาษาต้นฉบับ/[ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ]/##### (พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.
หนังสือชุดที่มีเลขที่เล่มแต่ไม่มีชื่อหนังสือเฉพาะเล่ม	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่, เล่ม/เลขที่เล่ม)./สำนักพิมพ์./URL. #####(ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร. (2535). <i>สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว</i> (เล่ม 16). https://www.saranukromthai.or.th/sub/other_sub.php?file=encyclopedia/book16.html
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่, Vol/เลขที่เล่ม)./สำนักพิมพ์./#####/URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Fiske, S. T., Gilbert, D. T., & Lindzey, G. (2021). <i>Handbook of social psychology</i> (5th ed., Vol.1). John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9780470561119
	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่, เล่ม/เลขที่เล่ม)./สำนักพิมพ์./URL. #####(ถ้ามี)
หนังสือชุดที่มีเลขที่เล่มและชื่อหนังสือแต่ละเล่ม	ตัวอย่าง	จินตวิทย์ คล้ายสังข์. (2560). <i>บูรณาการ ICT สู่การเรียนรู้สำหรับผู้เรียนยุคใหม่: การผลิตและใช้สื่ออย่างมีระบบเพื่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21</i> . สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่, Vol/เลขที่เล่ม)/สำนักพิมพ์./ /////URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Travis, C. B. & White, J. W. (Eds.). (2018). <i>APA handbook of the psychology of women (Vol. 1) : History, theory, and battlegrounds</i> . American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000059-009
บทในหนังสือ	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ /////ชื่อหนังสือ/(น./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.
	ตัวอย่าง	นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ, และศิริพร พูลรักษ์. (2563). The happiness of giving of AU ambassadors for stop smoking. ใน ฤดี ปุ๋งบางกะดี, และชฎาภา ประเสริฐทรง (บ.ก.), <i>เรื่องเล่าชมรมนักศึกษาพยาบาล สร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่</i> (น. 22-27). สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./In/ชื่อบรรณาธิการ/ ///// (Ed. หรือ Eds.),/ชื่อหนังสือ/(pp./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.
	ตัวอย่าง	Wheatley, D. J. (2003). Principles, evolution and techniques of coronary surgery. In D. J. Wheatley (Ed.), <i>Surgery of coronary artery disease</i> (2rd ed) (pp. 157-189). Hodder Arnold.

3. อ้างอิงจากวารสาร

บทในวารสาร แบบรูปแบบเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่มีเลข DOI	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////เลขหน้า.
	ตัวอย่าง	พยาม การดี และวารภรณ์ บุญเชียง. (2562). การดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในบริการปฐมภูมิ: ความท้าทายในบทบาทพยาบาล. <i>วารสารพยาบาล สาธารณสุข</i> , 33(3), 146-162. .
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของ /////ฉบับที่), เลขหน้า.
	ตัวอย่าง	El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. <i>BMC Health Services Research</i> , 11(1), 1-12.

บทความ ในวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ ที่มีเลข DOI	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI
	ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่ /////เลขของฉบับที่),/เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI
	ตัวอย่าง	Gilly, G & Trusheim, J. (2016). Con: The Hepcon HMS should not be used instead of traditional activated clotting time to dose heparin and protamine for cardiac surgery requiring cardiopulmonary bypass. <i>Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia</i> , 30(6), 1730-1732. http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2016.08.029 .

4. อ้างอิงจากหนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี,/วัน/เดือน)/ชื่อคอลัมน์./ชื่อหนังสือพิมพ์./เลขหน้า./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	พงษ์พรรณ บุญเลิศ. (2561, 15 สิงหาคม). เติลนิวิธว่าไรดี: ‘สื่อพิพิธภัณฑ’ เชื่อมยุคสมัย เข้าถึงด้วย ‘มิติใหม่’ อินเทอร์เน็ต. <i>เดลินิวส์</i> , 4. http://lib.edu.chula.ac.th/fileroom/cu_formclipping/drawer006/data0013/00013005.pdf
ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปี,/วัน/เดือน)/ชื่อคอลัมน์./ชื่อหนังสือพิมพ์./เลขหน้า./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	Brody, J. E. (2007, 11 December). Mental reserves keep brain agile. <i>The New York Times</i> . https://www.nytimes.com

5. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (Doctoral dissertation/ Mater's thesis)

5.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์ /////หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์./ชื่อมหาวิทยาลัย.
ตัวอย่าง	แสงสม เพิ่มพูน. (2556). การจัดการความรู้ในการสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการ พยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/[Unpublished doctoral dissertation /////หรือ Unpublished master's thesis]./ชื่อมหาวิทยาลัย.
ตัวอย่าง	Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

5.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญา /////////มหาบัณฑิต,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL
ตัวอย่าง	มานพ จันทรเทศ. (2547). <i>การนำเสนอรูปแบบการพัฒนานโยบายของสถาบันราชภัฏ</i> [วิทยานิพนธ์ ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. ThaiLis http://tdc.thailis.or.th/tdc
ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Doctoral dissertation หรือ Master's thesis,/ //////// ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์./URL
ตัวอย่าง	Bruckman, A. (1997). <i>MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids</i> [Doctoral dissertation Massachusetts Institute of Technology]. Dspace@mit. http://hdl.handle.net/1721.1/33821

5.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)/[วิทยานิพนธ์ปริญญา- /////////ดุษฎีบัณฑิต หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.
ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Unpublished doctoral dissertation ////////(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)/[Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, /////////ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.
ตัวอย่าง	McNiel, D. S. (2006). <i>Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (UMI No. 1431728) [Master's thesis, California State University-Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

6. อ้างอิงจากรายงาน

6.1 รายงานที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น

ภาษาไทย	ชื่อหน่วยงาน./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2561). <i>รายงานประจำปี 2561</i> . 21 เซ็นจูรี. https://www.ocsc.go.th/sites/default/file/document/ocse_annual_report_2561.pdf
ภาษาอังกฤษ	ชื่อหน่วยงาน./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	National Cancer Institute. (2019). <i>Taking time: Support for people with cancer</i> (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf

6.2 รายงานที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	สมาลี ตั้งคณานุรักษ์, อรทัย วิลโลนธ, และ เกรียงไกร นະຈຽ. (2559). <i>การวิจัยและพัฒนา รูปแบบเพื่อการพัฒนาความรับผิดชอบ การควบคุมและควมมีวินัยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.</i>
ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). <i>A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade.</i> Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

7. อ้างอิงจากเอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการที่ไม่มี proceeding (Symposium)

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(วันที่,/เดือน,/ปี)/ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./ในชื่อ/(ประธาน),/ชื่อหัวข้อการประชุม/ //////// [Symposium],/ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม
ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปี,/เดือน,/วันที่)/ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./In/อักษรย่อ/สกุล/(Chair),/ชื่อหัวข้อ ////////การประชุม/[Symposium],/ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม
ตัวอย่าง	De Boer, D, & Lafavor, T (2018, April 26-29). <i>The art and significance of successfully indentifying resilient individuals: A person-focused approach.</i> In A. M. Schmidt & A. Kryvanos (Chairs), <i>Perspectives onf resilience: Conceptualization, measurement, and enhancement</i> [Symposium]. Western Psychologica Association 98 th Annual Convention, Portland, OR, United States.

8. อ้างอิงจากการนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentaion)

8.1 การนำเสนองานวิจัย

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี,/วัน/เดือน)/ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster Presentaion]./ชื่อการประชุม, /////////สถานที่.
ตัวอย่าง	นิดา ไพรณาริ. (2554, มีนาคม). <i>การจัดการวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์</i> [Paper presentation]. การประชุมมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปี,/เดือน,/วันที่)/ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster Presentaion]./ /////////ชื่อการประชุม,/สถานที่.
ตัวอย่าง	Khayankij, S. (2016, July). <i>Mandalas as a tool to enhance self-awareness for early childhood student teachers</i> [Paper persentation]. Pacific Early Childhood Education Research Association, Bangkok, Thailand.

8.2 การนำเสนอโปสเตอร์

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี,/วัน/เดือน)/ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster Presentaion]/ชื่อการ ////////ประชุม,/สถานที่.
ภาษาอังกฤษ	สกุล,อักษรย่อชื่อ/(ปี,/เดือน,/วันที่)/ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster Presentaion]/ ////////ชื่อการประชุม,/สถานที่.
ตัวอย่าง	Haldru, S., Lapolla, A., & Gundgaard, J. (2017, November 4-8). <i>Cost-effectiveness of switching to insulin degludec (ideg) in real-world clinical practice in Italy</i> [Poster Presentaion]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 20 th Annual European Congress, Glasgow, Scotland.

9. อ้างอิงจากรายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding)

9.1 ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี)/ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อหัวข้อการประชุม./ชื่อการประชุม/ ////////(น./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
ตัวอย่าง	พัชรภา ตันติสุขเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศไทย มาเลเซียและสิงคโปร์ ศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนวาสี (บ.ก.), <i>การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ</i> (น. 97-102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ภาษาอังกฤษ	สกุล,อักษรย่อชื่อ/(ปี)/ชื่อเรื่อง./In/ชื่อบรรณาธิการ/(Ed. หรือ Eds.),/ชื่อหัวข้อการประชุม./ ////////ชื่อการประชุม/(pp./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
ตัวอย่าง	Katz, I., Gabayan, K., & Aghajan, H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. propescu, & P. Scheunders (Eds.), <i>Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems</i> (pp. 97-108). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9
กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx	

9.2 ในรูปแบบวารสาร

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี)/ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า./URL
ภาษาอังกฤษ	สกุล,อักษรย่อชื่อ/(ปี)/ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า./ URL
ตัวอย่าง	Chaudhuri, S., & Biswas, A. (2017). External terms-of-trade and labor market imperfections in developing countries: Theory and evidence. <i>Proceedings of the Academy of Economics and Economic Education</i> , 20(1), 11-16. https://search-proquest-com.elibrary.jcy.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285

10. อ้างอิงจากเอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เอกสารประกอบการเรียน)

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี)./ชื่อเอกสาร/[เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]./คณะ,/มหาวิทยาลัย.
ตัวอย่าง	อัญมณี บุญเชื้อ. (2560). การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมสำหรับเด็กปฐมวัย [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปี)./ชื่อเอกสาร/[Unpublished manuscript]./คณะ,/มหาวิทยาลัย.
ตัวอย่าง	Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2003). A five-dimensional measure of drinking motives [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of British Columbia.

11. อ้างอิงจากเว็บไซต์ (Website)

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุลผู้เขียน/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
ตัวอย่าง	เอมอชมา วัฒนบุรณนที. (2554, 27 เมษายน). การจัดการเรียนรู้สุขศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Chulapedia). http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php?title=การจัดการเรียนรู้สุขศึกษา
ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
ตัวอย่าง	Centers for Disease Control Prevention. (2018, August 22). Preventing HPV-associated cancers. https://www.cdc.gov/cancer/hpv/basic_info/prevention.htm
* กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.) ** กรณีที่ไม่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น *** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก	

12. อ้างอิงจากสารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง

12.1 สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)

ภาษาไทย	ชื่อเรื่อง/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อแหล่งข้อมูล./URL
ตัวอย่าง	ก้าวต่อไปของสถาบันอุดมศึกษาไทยในตลาดอาเซียน. (2554). <i>อนุสารอุดมศึกษา</i> , 37(400), 9-12. http://www.mua.go.th/prweb/pr_web/udom_mua/data/400.pdf เกษตรกรรม. (2563, 4 มิถุนายน). ใน <i>วิกิพีเดีย</i> . https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=เกษตรกรรม&oldid=8891799
ภาษาอังกฤษ	ชื่อเรื่อง/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./ชื่อแหล่งข้อมูล./URL
* กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.) ** กรณีที่ไม่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น	

12.2 สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

ภาษาไทย	ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL
ตัวอย่าง	ไขข้อข้องใจ การบ้านยังจำเป็นสำหรับเด็กยุคใหม่หรือไม่? (2562, 21 สิงหาคม). ครูบ้านนอกดอทคอม. https://www.kroobannok.com/87248
ภาษาอังกฤษ	ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL
ตัวอย่าง	<i>Merriam-Webster's collegiate dictionary-laminated</i> (2003, January 11). Merriam-Webster's.

12.3 อ้างอิงจากราชกิจจานุเบกษา

ภาษาไทย	ชื่อกฎหมาย/(ปี,/วัน/เดือน)/ราชกิจจานุเบกษา./เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน./หน้า/เลขหน้า.
ตัวอย่าง	ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2565. (2565, 31 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนที่ 20 ก. หน้า 1-11. พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561. (2561, 13 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนที่ 33 ก. หน้า 1-18.

การอ้างอิงในเนื้อหา

ผู้แต่ง	การอ้างอิงแบบเน้นผู้แต่ง (หน้าข้อความ)	การอ้างอิงแบบเน้นเนื้อหา (ท้ายข้อความ)
ผู้แต่ง 1 คน	แพรวพรรณ สุวรรณกิต (2562) Launiala (2009)	<u>เขียนอ้างอิงแบบถอดความ</u> (แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562) (Launiala, 2009)
	แพรวพรรณ สุวรรณกิต (2562) Launiala (2009)	<u>เขียนอ้างอิงแบบเฉพาะข้อความบางหน้า</u> (แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562, น. 15) (แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562, ภาคผนวก ก) (แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562, บทที่ 4) (Launiala, 2009, pp. 100-120) (Launiala, 2009, Chapter 4)
ผู้แต่ง 2 คน	ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์ (2564) Polit and Beck (2014)	(ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2564) (Polit & Beck, 2014)
ผู้แต่ง 3 คน	<u>อ้างครั้งแรก</u> สำราณ พลเตชา สุนันท์ นกทอง และวัลลภา ช่างเจรจา (2561) Zahara, Dewi and Saptarini (2016)	<u>อ้างครั้งแรก</u> (สำราณ พลเตชา สุนันท์ นกทอง และวัลลภา ช่างเจรจา, 2561) (Zahara, Dewi & Saptarini, 2016)
	<u>อ้างครั้งต่อมา</u> สำราณ พลเตชา และคณะ (2561) Zahara et al. (2016)	<u>อ้างครั้งต่อมา</u> (สำราณ พลเตชา และคณะ, 2561) (Zahara et al., 2016)
ผู้แต่ง 3 คน หรือมากกว่า 3 คน	ไพโรสุตา บัวลอย และคณะ (2561) Duggleby et al. (2010)	(ไพโรสุตา บัวลอย และคณะ, 2561) (Duggleby et al., 2010)
หนังสือที่ไม่ปรากฏ ชื่อผู้แต่ง	ดอกไม้ในวรรณคดี (2523)	(ดอกไม้ในวรรณคดี, 2523)
บทความที่ไม่ ปรากฏ ชื่อผู้แต่ง	“Judo” (2021)	(“Judo”, 2021)
ผู้แต่งที่เป็น นามแฝง	ส. ศิวรักษ์ (2532) Dr. Seuss (2001)	(ส. ศิวรักษ์, 2532) (Dr. Seuss, 2001)
สถาบัน/หน่วยงาน นิติบุคคล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ, 2561	(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ, 2561)

ผู้แต่ง	การอ้างอิงแบบเน้นผู้แต่ง (หน้าข้อความ)	การอ้างอิงแบบเน้นเนื้อหา (ท้ายข้อความ)
สถาบัน/หน่วยงาน นิติบุคคลที่มีอักษรย่อ	<u>อ้างอิงครั้งแรก</u> การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท, 2567) National Center for Equitable Care for Elders (NCECE, 2016) World Health Organization (WHO, 2019) <u>อ้างอิงต่อมา</u> ททท (2567) NCECE (2016) WHO (2019)	<u>อ้างอิงครั้งแรก</u> (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย [ททท], 2567) (National Center for Equitable Care for Elders [NCECE], 2016) (World Health Organization [WHO], 2019) <u>อ้างอิงต่อมา</u> (ททท, 2567) (NCECE, 2016) (WHO, 2019)

ตัวอย่างบทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ
เขตบริการสุขภาพที่ 4*

มินตรา รวงผึ้ง**, ผจงจิต ไกรถาวร***, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ คุณลักษณะของหน่วยบริการ (ขนาดของหน่วยบริการ และการถ่ายโอนอำนาจ) และคุณลักษณะของพยาบาล (อายุ การศึกษาเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รายได้ ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ) และปัจจัยด้านกระบวนการ (ภาระงาน) กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 158 คน สุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage stratified sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โครงสร้างของหน่วยบริการ ลักษณะการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และพอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจทั้ง 5 ด้านระดับมาก มีเพียงความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุนการทำงานและสวัสดิการในระดับปานกลาง คุณลักษณะของหน่วยบริการและคุณลักษณะพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน แต่ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.160, p<.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารควรจัดสรรสวัสดิการ สิ่งสนับสนุนการทำงาน และจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการทำงานและรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565 หน้า 1-18

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และเป็นโครงการย่อยภายใต้โครงการวิจัย เรื่อง “บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” ของสภาการพยาบาล และได้รับทุนสนับสนุน งานวิจัยจากสภาการพยาบาล และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author: e-mail: phachongchit.kra@mahidol.edu Tel. 0815548605

วันที่รับบทความ: 15 กรกฎาคม 2565, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 15 ตุลาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 30 ตุลาคม 2565



Factors Related to Job Satisfaction among Nurses in Primary Care Units of Service Health Region 4*

Mintra Ruangpung**, Phachongchit Kraithaworn***, Kamonrat Kittippimpanon***

Abstract

Purpose: This research aimed to examine the relationship between structural factors, including the structure of service units (the size of the service unit and the administrative devolution), personal factors (age, education in Nurse Practitioner (NP)/Advanced Practice Nurse (APN) program, income and work experience in primary care units), and process factors (workload) with job satisfaction among nurses in primary care units.

Design: Descriptive Correlational Research

Method: The sample was 158 registered nurses working in primary care units of service health region 4 selected by multi-stage stratified sampling method. Data were collected using questionnaires including general information, service unit structure, performance characteristics, and the satisfaction of the nurses and were analyzed by using descriptive statistics, Spearman's Rank Correlation, and Point Biserial Correlations.

Main findings: Results revealed that most of the samples had a high score in all attributes of satisfaction except support and welfare, in which they were moderately satisfied. The characteristics of service units and the characteristics of nurses had no relationship with job satisfaction. However, the workload had positively low correlation with job satisfaction ($r_s=.160$, $p<.05$).

Conclusion and recommendations: Administrators should allocate welfare, work support, and provide a safe working environment for nurses to create confidence in work and make nurses feel more secure in life.

Keywords: Registered nurse, Primary care unit, Job satisfaction

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 9(2), 1-18

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. It is a sub-project under the research project titled "Responsibility Roles and Nurses in Driving Primary Health Care System" of the Thai Nursing Council. Received funding from the Thai Nursing Council and Mahidol University Alumni Association

** Student in Master of Nursing Science, Program in Community Nurse Practitioner, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

*** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Corresponding author: e-mail: phachongchit.kra@mahidol.edu Tel. 0815548605

Received: 15 July 2022, Revised: 15 October 2022, Accepted: 30 October 2022



ตัวอย่างบทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ปาไลดา นราวุฒิพร*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีการวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคติดเชื้อหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยมีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน รวมทั้งมีการดูแลตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของโรงพยาบาลจนผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ : การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, การติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะแทรกซ้อน



Nursing Care of the Patient with Central Line - Associated Bloodstream Infection (CLABSI): Comparative Case Studies

Palida Narawutthiporn*

Abstract

Central Line-associated Bloodstream Infection (CLABSI) is a common complication in patients receiving central venous catheterization. CLABSI affects the patients' need to stay longer in hospital and increases the cost of caring. It can lead to organ failure and death. In this regard, nurses need to have a plan and provide nursing care based on standard guidelines for patients with central venous catheterization to prevent CLABSI.

The purpose of this article is to review the nursing process in two case studies who were treated in the semi-critical ward with the crisis of sepsis from pleural effusion and end-stage chronic kidney disease. Patients were treated with central venous catheterization and infected with CLABSI. Patients had many factors that increase the risk for CLABSI. After early detection of CLABSI, patients received intensive nursing care, periodic monitoring and evaluation of signs and symptomatic change as well as the care of patients according to the treatment of both dependent and independent care. In addition, standard care should be provided based on the hospital's CLABSI standards. Finally, the two patients in this study had health improvement and were able to discharge from the hospital.

Keywords: Central venous catheterization, Bloodstream infection, Complication.

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 9(2), 70-87

* Registered Nurse, Professional Level, Infection prevention and control section, Nakhon Pathom Hospital

Corresponding author, e-mail: palidanara@gmail.com Tel. 095-269-4945

Received: 7 November 2022, Revised: 5 December 2022, Accepted: 16 December 2022



www.christian.com

มหาวิทยาลัยคริสเตียน วิทยาเขตหลักนครปฐม

144 หมู่ 7 ต. กอนยายหอม อ. เมืองนครปฐม

จ.นครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555, 081-9419995

โทรสาร 0-3427-4500

มหาวิทยาลัยคริสเตียน ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์

ชั้น 8-9 อาคารสภาคริสตจักรในประเทศไทย

เลขที่ 328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

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