

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566 Vol. 10 No. 1 January-June 2023

College of Nursing

Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566 Vol. 10 No. 1 January-June 2023

ISSN 2408-0934



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566

Vol. 10 No. 1 January-June 2023 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา :

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

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ :

- | | | |
|---|--------------|---|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ | สิริธรรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา | ภูไพบูลย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา | จีระแพทย์ | ข้าราชการบำนาญ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช | บุญยัง | ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ | กัลมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร | ภูมณสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ | นิมิตรอนันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาลินี | สุวรรณยศ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร | คำผลศิริ | สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร | พูลรักษ์ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร | รุจนเวช | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก | ศรีทุมมา | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปราณี | แดงวงษ์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณนุช | พิมพ์ใจใส | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

ฝ่ายจัดการ นางสาวประภัสร์ศิริ สังกระหวัด



วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์บทความวิจัย (Research article) และบทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการและผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) กระบวนการประเมินคุณภาพนี้ ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบว่าผู้แต่งเป็นใคร และผู้แต่งจะไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ประเมินบทความของตน แบบ Double-blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตรงสาขาหรือเกี่ยวข้องกับสาขาไม่น้อยกว่า 3 ท่าน

นโยบาย (Open access policy)

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

จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)

จริยธรรมของผู้เขียน

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



จริยธรรมของบรรณาธิการ

1. พิจารณาและกลั่นกรองคุณภาพของบทความ และคัดเลือกบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ภายหลังจากผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และขอบเขตของวารสาร
2. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
3. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ในทุกกรณี
4. รักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยอยู่เสมอ
5. จัดระบบการตรวจสอบการคัดลอกผลงานในบทความอย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับในแวดวงวิชาการ

จริยธรรมของผู้ประเมินบทความ

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

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 ตำบลอนนทยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

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

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

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

จัดรูปเล่ม : ฝ่ายเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กรและการตลาด มหาวิทยาลัยคริสเตียน



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer)

1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา	ประจุกติลป	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.สุนตตรา	ตะบูนพงศ์	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
9. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
10. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี	ชีวเกษมสุข	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
12. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีมนา	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. พัชรภรณ์	อารีย์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา	แดงด้อมยุทธ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร	บุญญโสพรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ	ทิพย์วาริรมย์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	พูลร์ภักษ์	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. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล	วัตราดุลย์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
30. อาจารย์ ดร.กิตติพร	เนาวิสุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
31. อาจารย์ ดร.อาคม	ใสงาม	Lab Director Cryoviva (Thailand) Ltd.
32. อาจารย์ ดร.ธนวรรณ	สินประเสริฐ	หัวหน้าแผนกตา รพ.โพธาราม

สารบัญ

		หน้า
บทบรรณาธิการ Editor's Message		ฉ
บทความวิจัย		
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร Relationship between Knowledge, Attitude, and Practice in Rights Protection of Foreign Worker Patients in Critical Care among Professional Nurses in Samut Sakhon Hospital	อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์ Orawan Somboonjan	1-13
❖ การศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี A Study of the Components of a Risk Management Model in Professional Practice of Nursing Students, College of Nursing, Christian University of Thailand: A Case Study of Ratchaburi Hospital	ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน Laddawan Seangon	14-34
บทความวิชาการ		
❖ นวัตกรรมเจลเย็นมหัศจรรย์ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา Innovative Miracle Cryo Gel to Reduce Acute Pain and Prevent Bleeding Post Eye Surgery	จุฑามาศ มากุ้ม Jutamas Markum	35-49
❖ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต: กรณีศึกษา The Application of Transitions Theory in Patients after Coronary Artery Bypass Grafting in the Intensive Care Unit: A Case Study	กรรณิกา ศิริแสน Kannika Sirisaen	50-68
❖ การบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุ Academic Services to Society to Promote Aging in Place of the Elderly	กฤษณารีย์ แยมเพ็ง Kritsanari Yampeng	69-84
❖ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี Development of Health Literacy among the Older Adults for a Good Quality of Life	กรเกล้า รัตนชาญกร Komklao Rattanachankorn	85-97



บทบรรณาธิการ

จากการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI) สำหรับวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 4 พ.ศ.2563-2567 วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการประเมินให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 2 (TCI Tier 2) โดยศูนย์ TCI รับรองคุณภาพของวารสาร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ฯ ได้พัฒนาวารสารอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายคุณภาพต่อไปคือการอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) ซึ่งได้นำระบบ ThaiJo มาใช้สำหรับวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี รวมถึงบทความวิชาการเกี่ยวกับนวัตกรรมเจลเย็นมหัศจรรย์เพื่อลดปวดและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต: กรณีศึกษา การบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุ และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี บทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน และการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการได้

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

บรรณาธิการ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร*

อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์** จิตภา สีสถาวรกุล**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงบรรยาย

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 37 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้ 2) แบบวัดทัศนคติ และ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1, 1, และ 1 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71, 0.72, และ 0.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ในประเด็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 75.70) ทักษะในระดับมาก (ร้อยละ 89.20) และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.60) ทักษะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.566^{**}$, $p<.01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การส่งเสริมให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโดยไม่แบ่งแยกจะนำไปสู่ปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวที่ถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ : สิทธิผู้ป่วย, ผู้ป่วยต่างด้าว, แบบจำลอง KAP, ผู้ป่วยวิกฤต



Relationship between Knowledge, Attitude, and Practice in Rights Protection of Foreign Worker Patients in Critical Care among Professional Nurses in Samut Sakhon Hospital*

Orawan Somboonjan**, Jidapa Lelathavonkun **

Abstract

Purpose: To 1) study the level of knowledge, attitudes, and practices in rights protection of foreign worker patients in critical care and 2) to study the relationship between knowledge, attitudes, and practices in rights protection of foreign worker patients in critical care of professional nurses in the intensive care unit of Samut Sakhon Hospital.

Design: Descriptive research.

Method: The sample was 37 professional nurses working in an intensive care unit. The research instruments for data collection included questionnaires on 1) knowledge, 2) attitudes, and 3) practices in rights protection of foreign worker patients. The content validity of the questionnaire on knowledge, attitudes and practices in rights protection were 1.0, 1.0 and 1.0, and the reliability indices were 0.71, 0.72, and 0.70, respectively. Data were analyzed by Pearson' Product Moment Correlation Coefficient.

Main findings: According to rights protection of foreign worker patients, it was found that the sample's knowledge on rights protection of foreign worker patients was at a high level (75.70 %); attitude was at a high level (89.20 %); and practices in rights protection of foreign worker patients were at a high level (94.60 %). The attitude had a high positive correlation with practices in rights protection of foreign worker patients with statistical significance ($r=.566^{**}$, $p<.01$).

Conclusion and recommendations: Encouraging nurses to gain a positive attitude towards taking care of patients without discrimination will lead to proper and appropriate action to protect the rights of foreign worker patients.

Keywords: Patient rights, Foreign worker patients, KAP model, Critical patient

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(1), 1-13

* Research funding from the Princess Mandharop Kamala Foundation of the Nursing Association of Thailand.

** Registered Nurse, Professional Level, Samut Sakhon Hospital.

Corresponding author, e-mail: oorawan@gmail.com, Tel. 081-8803757

Received: 22 February 2023, Revised: 5 May 2023, Accepted: 31 May 2023

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ประสบความสำเร็จด้านการสื่อสาร สาธารณูปการ กำลังอยู่ในสถานการณ์การขับเคลื่อนไปสู่การเป็นอุตสาหกรรมที่ทดแทนการนำเข้า มาเป็นการพัฒนาอุตสาหกรรมการส่งออก ทำให้มีการขยายตัวด้านเศรษฐกิจ จึงมีความต้องการแรงงานมากขึ้น แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากรของไทย พบว่า อัตราเพิ่มของประชากรของประเทศมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนประชากรวัยแรงงานมีการชะลอตัวลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ในขณะที่การผลิตในระบบเศรษฐกิจที่กำลังขยายตัว เกิดสภาพขาดแรงงานภายในประเทศ และหนึ่งในทางเลือกการใช้แรงงานคือใช้แรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องในมุมมองของคนต่างด้าวที่ต้องการแสวงหาชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งโอกาสการทำงานที่ได้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าที่อยู่ในประเทศของตนเอง ด้วยเหตุนี้จึงมีกลุ่มคนต่างด้าวเดินทางเข้ามาพำนักอยู่ในประเทศไทยทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมายและผิดกฎหมาย สรุปลงสาเหตุความจำเป็นของการจ้างแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย (ปณิตา ศรศรี, 2557) ดังนี้ 1) เกิดจากการขาดแคลนแรงงานของตลาดแรงงานระดับล่างในสาขาอาชีพต่างๆ ได้แก่ การเพาะปลูก การเลี้ยงสัตว์ การประมง เป็นต้น ประกอบกับเหตุผลที่หน่วยธุรกิจและอุตสาหกรรมต่างๆ ต้องการรักษาความสามารถในการแข่งขันในตลาด จึงจ้างแรงงานต่างด้าวเพื่อลดต้นทุนแรงงาน 2) การเลือกทำงานของแรงงานไทย โดยเฉพาะไม่เลือกทำงานที่มีความเสี่ยง งานที่ลำบาก และงานที่สกปรก 3) การขาดแคลนแรงงานภายในประเทศจากอัตราการเกิดของประชากรลดลง และ 4)

แรงงานต่างด้าวมีความขยันอดทน ไม่เกียจงาน ไม่เปลี่ยนงานบ่อย ผลจากความต้องการแรงงานต่างด้าวดังกล่าว พบว่ามีแรงงานบางส่วนที่ลักลอบเข้ามาโดยไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย และอาจก่อให้เกิดปัญหา ได้แก่ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ แรงงานไทยระดับล่างมีโอกาสได้งานทำน้อย ปัญหาด้านสังคม ด้านอาชญากรรมและคุณภาพชีวิต ปัญหาการลักลอบเข้าเมือง ปัญหาด้านการศึกษา ปัญหาด้านความมั่นคง และปัญหาทางด้านสาธารณสุข เช่น พาหะนำโรคใหม่ๆ เข้ามาในประเทศไทย ซึ่งหากไม่มีการควบคุมให้ดีอาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเหล่านี้ในประเทศไทย (วาทีณี แก้วทับทิม, 2554)

จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ภาคกลางตอนล่าง ซึ่งเป็นศูนย์รวมเศรษฐกิจของประเทศและเป็นแหล่งอุตสาหกรรมแบบเข้มข้น มีกลุ่มคนต่างด้าวโดยเฉพาะ ชาวเมียนมาร์ และคนเชื้อชาติมอญ เข้ามาทำงานจำนวนมาก (ภักสิริ แอนิหน, 2561) เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีกลุ่มผู้ลงทุนทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น โรงงานอุตสาหกรรมเกี่ยวกับอาหารทะเลแปรรูป หรือกิจการธุรกิจแพปลา แพกุ้ง อีกทั้งที่ตั้งอยู่ใกล้กับเมืองหลวง การขนส่งสินค้าเป็นไปอย่างสะดวก ทำให้สมุทรสาครเป็นศูนย์รวมอุตสาหกรรม จึงทำให้มีความต้องการกลุ่มผู้ใช้แรงงานในราคาถูกมีมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุปัจจัยดังกล่าวทำให้กลุ่มคนต่างด้าวที่มีความต้องการแสวงหาคุณภาพชีวิตที่ดี และต้องการมีรายได้สูงขึ้น ต่างมุ่งหน้าเดินทางมาจังหวัดสมุทรสาครเพื่อมาทำงานเป็นจำนวนมาก การเข้ามาของแรงงานต่างด้าว ส่งผลกระทบต่อหลายประการ โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขและสุขภาพส่วนบุคคล มีการตรวจพบภาวะการติดเชื้อ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ควบคุมได้ เช่น วัณโรค โรคเท้าช้าง โรคมะเร็ง

เป็นต้น (ภักศิริ แอนิหน, 2561) จากการทำงานที่หนัก ขาดการพักผ่อน การอยู่อาศัยกันอย่างแออัด ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ทำให้แรงงานต่างด้าวเหล่านี้มีอาการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถแบ่งแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

- 1) แรงงานต่างด้าวที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ
- 2) แรงงานต่างด้าวที่มีสิทธิประกันสังคม
- 3) แรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย แต่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ
- และ 4) แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ซึ่งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงงานต่างด้าวสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยผ่านสิทธิการรักษาพยาบาล 2 สิทธิหลัก คือ 1) สิทธิบัตรประกันสุขภาพ และ 2) สิทธิประกันสังคม นอกเหนือจากนั้น ยังมีแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลกับทางโรงพยาบาล จะต้องชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง (เบญจพร ทองมาก และวรวิทย์ มิตรทอง, 2564) และเมื่อมีการเจ็บป่วยที่หนักหรือวิกฤตก็จำเป็นต้องได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมุทรสาคร ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทั้งคนไทยและทุกเชื้อชาติ รวมถึงผู้ป่วยที่เป็นต่างด้าวตามสิทธิในการรักษา ทั้งโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรมต่างๆ ทั้งนี้โรงพยาบาลสมุทรสาครมีห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ 3 ห้อง โดยมีเตียงสำหรับดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรม 14 เตียง ศัลยกรรมทุกระบบ 15 เตียง และเตียงมีจำนวนจำกัด ผู้ป่วยต่างด้าวที่มีภาวะวิกฤตเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามหลักมนุษยชนคนหนึ่งเช่นกัน ตามหลักเวชจริยศาสตร์ พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ป่วย เพราะสิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ผู้ป่วยควรได้รับการปกป้องสิทธิ ผู้ป่วยมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลเป็น

อย่างมาก โดยสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses [ICN], 2015) ได้ระบุว่า ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลสุขภาพตามสิทธิของทุกคน ทั้งเรื่องการเงิน ศาสนา สิทธินี้รวมถึงสิทธิ ที่จะเลือก หรือปฏิเสธการรักษาการเซ็นยินยอม การรักษา ความลับ และคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พยาบาล พึ่งปกป้อง และส่งเสริมสิทธิทางสุขภาพของบุคคลในทุกสถานที่และทุกเวลา สำหรับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทยได้กล่าวถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ในมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 (สภาการพยาบาล, 2562)

จากการมีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในจังหวัดสมุทรสาครมากขึ้นโดยเฉพาะในช่วงของการระบาดของโควิด 19 ที่พยาบาลมักเกิดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 (ดรุณี เตื่องวิวัฒน์, 2565) ทำให้ต้องมีการเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างด้าวที่จะเข้ามารับการรักษาพยาบาลจำนวนมากขึ้นในทุกแผนกพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องพร้อมซึ่งความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนผ่านพ้นระยะวิกฤติ หรือเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต ที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วและเป็นมาตรฐาน พยาบาลเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลที่มีสัดส่วนมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรผู้ให้บริการในโรงพยาบาลทั้งหมด และปฏิบัติงานการพยาบาลกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกเหนือจากการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีแนวปฏิบัติที่ยึดถือเป็นมาตรฐานแล้ว สิ่งสำคัญที่ต้องปฏิบัติไปพร้อมกันคือ การปกป้องและรักษาสี

ให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ไม่สามารถปกป้องรักษาสิทธิของตนได้ พยาบาลจึงถูกคาดหวังให้ มีความรู้ความสามารถในปฏิบัติการพยาบาลควบคู่ไปกับการปกป้องและรักษาสิทธิให้กับผู้ป่วย (ดาริน จอมวงศ์ และคณะ, 2563) แม้จะเป็นผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวก็ตาม เพราะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเน้นให้เกิดความสมดุลระหว่างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักสิทธิมนุษยชนดังกล่าว โดยมีการวางแผนอย่างเป็นระบบและกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี (พยาม การดี และวารารณณ์ บุญเชียง, 2562) งานวิจัยนี้จึงได้ศึกษา ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม และสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความเหลื่อมล้ำในการได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีความสัมพันธ์กัน

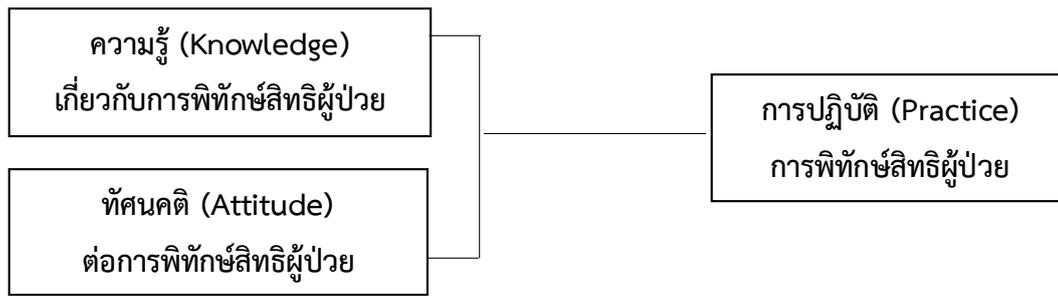
2. ทักษะ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีความสัมพันธ์กัน
- ### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาประชากรทั้งหมดที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ จำนวน 3 แห่ง คือ ห้องผู้ป่วยหนัก 1 ห้องผู้ป่วยหนัก 2 และห้องผู้ป่วยหนัก 3 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตต่างด้าว โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์แบบจำลอง KAP ประกอบด้วยความรู้ (Knowledge: K) ทักษะ (Attitude: A) และ การปฏิบัติ (Practice: P) ในกรอบแนวคิดนี้ ความรู้ และ ทักษะ ของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกันและนำไปสู่ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (Launiala, 2009)

จากแนวคิดที่กล่าวมาผู้วิจัยนำมาใช้เป็นพื้นฐานการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิกฤตต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ ในห้องผู้ป่วยหนักจำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ ที่มีประสบการณ์ทำงานในห้องผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 37 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) คือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่างด้าวที่มีภาวะวิกฤตในห้องผู้ป่วยหนัก และยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้บริหารในตำแหน่งหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักซึ่งมีบทบาทและความรับผิดชอบโดยตรงในการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย แร่งงานต่างด้าวให้เท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น และผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยครั้งนี้ จึงได้คัดออกจำนวน 8 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างเพียง 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิกฤตต่างด้าว จำนวน 22 ข้อ โดยดัดแปลงจากรัชตวรรณ ศรีตระกูล (2543) ลักษณะคำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยมีเกณฑ์การให้

คะแนนดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่ได้ อยู่ระหว่าง 0 ถึง 22 คะแนน จากนั้นแปลงคะแนนเป็นค่าร้อยละ โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ (Thorndike, Cunningham, Thorndike, & Hagen, 1991) ความรู้ระดับมาก หมายถึง คะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 76 ขึ้นไป (17-22 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 50-75 (11-16 คะแนน) และความรู้ระดับน้อย หมายถึง คะแนนความรู้น้อยกว่าร้อยละ 50 (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิกฤตต่างด้าว ทั้งทัศนคติทางบวก และทางลบ ผู้วิจัยดัดแปลงจากรัชตวรรณ ศรีตระกูล (2543) แบบวัดมีจำนวนข้อ 19 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ตามมาตราลิเคิร์ต (Likert scale) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเป็นคำตอบเดียว

เกณฑ์การตัดสินทัศนคติต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิกฤตต่างด้าว แบ่ง 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best & Kahn (1993) คือ 3.68-5.00 คะแนน แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิกฤตต่างด้าว 2.34-3.67 คะแนน แสดงถึงทัศนคติเป็นปานกลางต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิกฤตต่างด้าว และ 1.00-2.33 คะแนน แสดงถึงทัศนคติไม่ดีต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิกฤตต่างด้าว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติการ พัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าว ผู้วิจัยดัดแปลงจากรัฐธรรมนูญ ศรีตระกูล (2543) แบบสอบถามมีจำนวน 32 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 เกณฑ์การตัดสินการปฏิบัติการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าว แบ่ง 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best & Kahn (1993) คือ 3.68-5.00 คะแนน คือ การปฏิบัติการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าวเป็นประจำ 3.68-5.00 คะแนน การปฏิบัติการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าวเป็นบางครั้ง 2.34-3.67 คะแนน และการปฏิบัติการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าวานานๆ ครั้ง 1.00-2.33 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ราย แบบสอบถามความรู้ แบบวัดทัศนคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ทุกฉบับ และนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพในแผนกสภามัญที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างด้าว จำนวน 20 คน แล้วตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้วยวิธี KR-20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ส่วนแบบวัดทัศนคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าว ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 และ 0.70 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นเอกสารขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล กลุ่มการพยาบาลและพยาบาลหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก ทั้ง 3 ห้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

4. แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยรวบรวมเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

การพัททศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตามเลขที่ได้รับอนุมัติ No. SKH REG 34/2563/V1 วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2563 จากนั้นชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษารองนี้เท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ความรู้ต่อการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าวกับการปฏิบัติการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพ 2) ทัศนคติต่อการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าวกับการปฏิบัติการพัททศาสตร์ผู้ช่วยวิฤตต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่ง

ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าการกระจายของตัวแปรดังกล่าวเป็นโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์การปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนัก

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์การปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนัก

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=37)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 31 ปี	15	40.54
31-40 ปี	11	29.73
41-50 ปี	8	21.62
มากกว่า 50 ปี	3	8.11
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	36	97.30
ปริญญาโท	1	2.70
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ		
1-5 ปี	6	16.22
6-10 ปี	14	37.84
11-15 ปี	4	10.81
มากกว่า 15 ปี	13	35.13
ประสบการณ์การปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนัก		
1-5 ปี	5	13.52
6-10 ปี	16	43.24
11-15 ปี	4	10.81
มากกว่า 15 ปี	12	32.43

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงน้อยกว่า 31 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.54 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 97.30 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.84 รองลงมา มากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.13 และประสบการณ์การปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.24



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว

ระดับความรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว	จำนวน (n=37)	ร้อยละ
ระดับน้อย	0	0.00
ระดับปานกลาง	9	24.30
ระดับมาก	28	75.70
ค่าคะแนนเฉลี่ย=17.65 คะแนน (เต็ม 22 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.60		

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 75.70 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว (\bar{X} =17.65, S.D.=1.60) (คะแนนเต็ม 22 คะแนน)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว

ระดับคะแนนทัศนคติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว	จำนวน (n=37)	ร้อยละ
ทัศนคติไม่ดี	0	0.00
ทัศนคติด้านปานกลาง	4	10.80
ทัศนคติที่ดี	33	89.20
ค่าคะแนนเฉลี่ย=3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.23		

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนทัศนคติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวอยู่ในระดับที่ดี คิดเป็นร้อยละ 89.20 ทัศนคติด้านปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.80 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่มีทัศนคติไม่ดี ทั้งนี้ค่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวอยู่ในระดับดี (\bar{X} =3.98, S.D.=0.23)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว

ระดับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว	จำนวน (n=37)	ร้อยละ
การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว นานๆ ครั้ง	0	0.00
การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว เป็นบางครั้ง	2	5.40
การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว เป็นประจำ	35	94.60
ค่าคะแนนเฉลี่ย=4.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.36		

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 94.60 และปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ

5.40 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวในระดับของการปฏิบัติเป็นประจำ ($\bar{X}=4.15$, S.D.=0.36)

ตารางที่ 5 ค่าประสิทธิสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว

ตัวแปร	การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว
ความรู้	.083
ทักษะคิด	.566**

** p<.01

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว แต่พบว่าทักษะคิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.566$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่งไม่เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า ความรู้และการปฏิบัติต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยวิกฤตต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีความสัมพันธ์กัน อธิบายได้ว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ได้รับการอบรมให้มุ่งเน้นในเรื่องคุณธรรมและจริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และมีพื้นฐานความเชื่อที่สำคัญในเรื่องคุณค่าของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ทั้งนี้โรงพยาบาลสมุทรสาครได้มีนโยบายพัฒนาระบบงานเข้าสู่ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หรือ Hospital accreditation (HA) ซึ่งในการที่โรงพยาบาลจะได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้นั้น มีข้อกำหนดในเรื่อง

เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ที่ระบุไว้ว่าโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต้องตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย ในส่วนของการนำไปปฏิบัตินั้นหน่วยงานและหอผู้ป่วยได้จัดให้มีการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ในช่วงของการรับ-ส่งเวรเป็นประจำทุกวัน ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีเรื่องเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยรวมอยู่ด้วย ดังนั้นจึงทำให้พยาบาลทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้และมีการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้แรงงานต่างด้าว มีความเข้าใจในความแตกต่างของเชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรม ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวก่อนหน้านี้ได้มากกว่า (พยาม การดี และวรารักษ์ บุญเชียง, 2562) แม้ความรู้มีความสำคัญแต่ที่ความรู้ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ

เป็นเพราะคนส่วนใหญ่จะปฏิบัติพฤติกรรมใด มักขึ้นอยู่กับทัศนคติและความตั้งใจของบุคคล เช่น คนไข้กลุ่มโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลตนเอง แต่ไม่ลงมือปฏิบัติเพราะขาดความตระหนักขาดแรงจูงใจหรือทัศนคติให้เกิดการปฏิบัติ แต่หากมีทัศนคติดี จะพยายามปฏิบัติในสิ่งที่สอดคล้องกับทัศนคติของตนเอง

สำหรับผลการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.566 ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่าทัศนคติและการปฏิบัติต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีความสัมพันธ์กัน นั่นคือ เมื่อพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว ก็จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่ดีตามมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Launiala (2009) ที่กล่าวไว้ว่าทัศนคติทำให้เกิดการปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ญานิกา ศักดิ์ศรี (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะผ่าตัด ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีทัศนคติดีจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดี

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้
 - 1.1 จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้การพิทักษ์สิทธิ

ผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวอยู่ในระดับมาก มีทัศนคติการพิทักษ์สิทธิอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิอยู่เป็นประจำ แต่ความรู้การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว แต่การมีความรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าวอย่างสม่ำเสมอโดย

- 1.1.1 ให้แนวคิดเชิงบวกต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยเน้นให้พยาบาลวิชาชีพมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของระบบบริการ ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยต่างด้าวก็ตาม พยาบาลมีหน้าที่ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเองในการเลือกทางปฏิบัติในการรักษา

- 1.1.2 เสริมสร้างแนวคิดในการทำหน้าที่การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่างด้าว ให้กับผู้บริหารระดับต้น หัวหน้าแผนก ให้เข้าใจอย่างถูกต้องนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ผลการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก แต่ความสำคัญของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวมีความสำคัญกับพยาบาลทุกคน ทุกแผนก ของโรงพยาบาล ดังนั้นควรมีการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในทุกแผนกที่มีการดูแลผู้ป่วยต่างด้าว

- 2.2 ทำการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อความชัดเจนของพฤติกรรมในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ



เอกสารอ้างอิง

- ญานิกา คักต์ศรี. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่ง ผ่าตัด ในระยะผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- คาริน จอมวงศ์, สุธี อยู่สถาพร, ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ, และวิริณฉวี กิตติพิชัย. (2563). การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารัตน์. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 6(1), 127-140.
- ดรุณี เตื่องวิวัฒน์. (2565). ความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิต เบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 9(1), 59-76.
- เบญจพร ทองมาก และวราวิทย์ มิตรทอง. (2564). การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพและบัตร ประกันสังคม ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและบุคคลากร ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(1), 52-64.
- ปณิตา ศรศรี. (2557). *แรงงานต่างด้าว : ความสำคัญและการบริหารจัดการ*. นครราชสีมา: ศูนย์ฝึกอบรม ตำรวจภูธรภาค 3.
- ภักศิริ แอนิหน. (2561). รายงานต่างด้าว: การบริหารและการจัดการในประเทศไทย, *วารสารศิลปการจัดการ*, 2(2), 117-132.
- พยาม การดี และวราภรณ์ บุญเชียง. (2562). การดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวในบริการปฐมภูมิ: ความท้าทายใน บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(3), 146-162.
- รัชตวรรณ ศรีตระกูล. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร- มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วาทีณี แก้วทับทิม. (2554). *ผลกระทบจากการจ้างแรงงานข้ามชาติของไทยภายใต้ยุคพหุวัฒนธรรม*. (รายงานการ วิจัย). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิม พระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี*. กรุงเทพมหานคร: หนังสือดีวัน จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2562). มาตรฐานการพยาบาล. สืบค้นจาก <http://www.tnmc.or.th/images/userfiles/Files/A111.PDF>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐาน ทะเบียนราษฎร. สืบค้นจาก <http://stat.bora.dopa.go.th/stat/pk/pk-61.pdf>
- Best, J.W., and Kahn J.V. (1993). *Research in education*. (7th ed). Boston: Allyn and Bacon.



International Council of Nursing [ICN]. (2015). *Nurses and human rights*. Retrieved from http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E10_Nurses_Human_Rights.pdf

Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy? in Malawi. *Anthropology Matters Journal*, 11(1), 1-13. DOI:10.22582/am.v11i1.31.

Thorndike, R. M., Cunningham, G. K., Thorndike, R. K., & Hagen, E. P. (1991). *Measurement and evaluation in psychology and education* (5th ed.). New York: Macmillan.



การศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี

ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน*, พรทิพย์ กวินสุพร*, ธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล*, นพมาศ สุทธิวีระ**, ประจวบ ทองเจริญ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชบุรี ปฏิบัติงานแผนกต่างๆ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จิตเวช และออโรโธปิดิกส์ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 259 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล 6 องค์ประกอบ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.93 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.94 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการวิจัย : รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ภายหลังจากทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง มี 4 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) ด้านการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์ การควบคุม กำกับ และตรวจสอบระบบการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2) ด้านการส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและแรงจูงใจ ในเรื่องคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัย 3) ด้านการสร้างร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วยกับองค์กรทางการศึกษาและหน่วยงานระบบบริการสาธารณสุข และ 4) ด้านการให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ

สรุปและข้อเสนอแนะ : คณะพยาบาลศาสตร์ ควรให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน เพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารความเสี่ยง, การฝึกปฏิบัติวิชาชีพ, นักศึกษาพยาบาล

A Study of the Components of a Risk Management Model in Professional Practice of Nursing Students, College of Nursing, Christian University of Thailand: A Case Study of Ratchaburi Hospital

Laddawan Seangon*, Porntip Kawinsupom*, Tararat Songsittikul*,
Noppamas Suthiwichai**, Prachuap Thongcharoen**

Abstract

Purpose : To study and analyze the components of a risk management model in professional practice of nursing students : A case study of Ratchaburi hospital.

Design : Descriptive Research.

Method: The samples of the study were professional nurses of Ratchaburi Hospital who work in various departments, including the intensive care unit, internal medicine, surgery, obstetrics and gynecology, pediatrics, psychiatry, and orthopedics The sample consisted of 259 people with at least one year of work experience. The data collection tool was a questionnaire on risk management in professional practice of nursing students with 6 components, with a content validity of 0.93. The reliability of the questionnaire was 0.94 of Cronbach's alpha coefficient. The statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation. and Exploratory Factor Analysis.

Main findings: The risk management model for professional practice of nursing students from the College of Nursing (CON) of Christian University of Thailand, after the test in the sample group included 4 components arranged in order of component weight descending as follows: 1) Promoting outcome measurement systems, controlling, supervising and auditing risk management systems and reporting of incidences and adverse events; 2) Promoting teachers, supervising teacher, and students to have knowledge and understandings, motivation and skills in terms of nursing quality and safety; 3) Building cooperation among teachers, supervisors, nursing students, relatives and patients with educational organizations and public health service units; and 4) knowledge on infection prevention and spread.

Conclusion and recommendations: Administrators of CON should focus on preparing students to cover all 4 areas to reduce the adverse events that may occur during the professional practice of nursing students.

Keywords : Risk management model, Professional practice, Nursing student

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(1), 14-34

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

** Nurse instructor of Bachelor of Nursing Program, Christian University of Thailand

Corresponding author email: laddawans@christian.ac.th, Tel. 087-8129821

Received: 5 May 2023, Revised: 15 June 2023, Accepted: 17 June 2023



ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

สำนักงานการอุดมศึกษาแห่งชาติได้กำหนดเกณฑ์คุณภาพด้านการบริหารจัดการของสถาบันอุดมศึกษา โดยให้สถาบันการศึกษาจัดให้มีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ มีการควบคุมปัจจัย กิจกรรม และกระบวนการดำเนินงานที่อาจเป็นมูลเหตุของความเสียหาย ทั้งในรูปของตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน เช่น ชื่อเสียง และการถูกฟ้องร้อง เพื่อให้ระดับความเสี่ยง และขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อยู่ในระดับที่ยอมรับ ควบคุมได้ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงการเรียนรู้วิธีการป้องกันจากการคาดการณ์ปัญหาล่วงหน้า และโอกาสในการเกิด เพื่อป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของปัญหา รวมทั้งการมีแผนสำรองต่อภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้มั่นใจว่าระบบงานต่างๆ มีความพร้อมใช้งาน มีการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องและทันต่อการเปลี่ยนแปลง โดยให้สถาบันการศึกษาแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานบริหารความเสี่ยง มีผู้บริหารระดับสูงและตัวแทนที่รับผิดชอบพันธกิจหลักของสถาบันร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงาน มีการวิเคราะห์และระบุความเสี่ยง และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง ตามบริบทของสถาบัน มีการประเมินโอกาสและผลกระทบของความเสี่ยงและจัดลำดับความเสี่ยง และมีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูง และดำเนินงานตามแผน ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผน และรายงานต่อสภามหาวิทยาลัยเพื่อพิจารณาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการนำผลการประเมิน และข้อเสนอแนะจากสภามหาวิทยาลัย ไปใช้ในการปรับแผนหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงในรอบปีถัดไป (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2560)

นอกจากนี้การรับรองสถาบันการศึกษา วิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สภากาพยาบาล

ยังได้กำหนดมาตรฐานและตัวบ่งชี้การรับรองสถาบันและการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ด้านการบริหารความเสี่ยง โดยให้สถาบันการศึกษามีการดำเนินการบริหารความเสี่ยง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ และระบุความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงตามบริบทของสถาบัน มีการประเมินโอกาสและผลกระทบของความเสี่ยง และมีการจัดทำแผนจัดการความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร มีการดำเนินงานติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนและรายงานต่อคณะกรรมการประจำคณะ เพื่อพิจารณาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการประจำคณะไปใช้ในการปรับแผนหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงในรอบปีถัดไป และยังกำหนดตัวชี้วัดด้านแหล่งฝึกปฏิบัติการพยาบาล ให้แหล่งฝึกและสถาบันการศึกษามีระบบการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงานด้วย (สภากาพยาบาล, 2563)

นอกจากการดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางฝ่ายการศึกษาดังกล่าวแล้ว ในปี พ.ศ. 2560 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย Patient and Personnel Safety ซึ่งขยายให้ครอบคลุมความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข และให้มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จึงนำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่เรียกว่า SIMPLE ได้แก่ Safe surgery, Infection control, Medication and blood safety, Patient care process, Line tube and catheter and laboratory และ Emergency response ที่กระตุ้นการพัฒนาเดิมมา



ปรับปรุงเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโดยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำอักษร SIMPLE มากำหนดเป็นอักษรนำของเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่จดจำง่ายและต่อเนื่อง โดยพัฒนาหัวข้อและแนวทางปฏิบัติของ Personnel Safety Goals จากทีมผู้เชี่ยวชาญเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจาก Patient Safety goals เป็น Patient and Personnel Safety Goals หรือ 2P Safety Goals และจาก SIMPLE เป็น (SIMPLE) 2 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ปฏิบัติการพยาบาลและผู้ป่วย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561) ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการนำ 2P Safety goals มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และมีการขยายผลในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลจาก 2P Safety เป็น 3P Safety คือ เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย (Patient) บุคลากร (Personnel) และสังคม (People and public) (สาธิต ปิตุเตชะ, 2564) แต่ยังไม่มีการนำมาใช้ในสถาบันการศึกษาซึ่งมีอาจารย์นิเทศและนักศึกษาพยาบาลที่ต้องมีการฝึกปฏิบัติวิชาชีพและมีความเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง

นักศึกษาพยาบาลถือเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงในการฝึกปฏิบัติงาน เนื่องจากมีทักษะและประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลที่ยังไม่เพียงพอ แม้ว่าจะผ่านการเรียนทฤษฎีและมีการเตรียมตัวในการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการจริงแล้วก็ตาม โอกาสในการเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จึงอาจเกิดขึ้นได้ และอาจส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงสูงได้ (พร บุญมี, 2554) ดังการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำของมีคมบาดและการสัมผัสสารคัดหลั่งในนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยคริสเตียน ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4

จำนวน 918 คน ในปีการศึกษา 2560 (สถิติการรายงานอุบัติการณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย คริสเตียน, 2560) พบว่า นักศึกษาร้อยละ 1.09 เคยได้รับอุบัติเหตุ เข็มทิ่มตำ ของมีคมบาดหรือสัมผัสกับสารคัดหลั่งระหว่างการฝึกปฏิบัติ ร้อยละ 1.63 เป็นอุบัติการณ์ด้านยา เมื่อพิจารณาความรุนแรงของอุบัติการณ์ พบว่า มีความรุนแรงอยู่ในระดับ B (เกิดเหตุการณ์ขึ้นแต่ไม่ถึงตัวผู้รับบริการ) มากที่สุด ร้อยละ 86.66 รองลงมา คือ มีความรุนแรงอยู่ในระดับ C (เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย) ร้อยละ 0.22 ทั้งนี้มีการศึกษาที่ผ่านมาได้วิเคราะห์สาเหตุในอุบัติการณ์ใกล้เคียงกัน พบว่าเกิดจากการมีทักษะ และประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ขาดความตระหนัก ความรอบคอบ และไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด และการเตรียมพร้อมด้านองค์ความรู้ในการปฏิบัติยังมีน้อย (พร บุญมี, 2554)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการดำเนินการด้านความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและต่อนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์นิเทศทางคลินิก จึงทำการศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อให้อาจารย์พยาบาล อาจารย์นิเทศ แหล่งฝึกและนักศึกษาพยาบาล ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี ตามคุณสมบัติเฉพาะกลุ่มประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชบุรี ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยหนัก แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกสูติ-นรีเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม แผนกจิตเวช และแผนกออโรโธปิดิกส์ ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี โดยมีระยะเวลา ในการศึกษา

ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้นจากกรอบแนวคิด 2P Safety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2560) ที่เน้นเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้ป่วยปลอดภัยและบุคลากรสาธารณสุขปลอดภัย ซึ่งกรอบแนวคิด 2P Safety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประกอบด้วยแผนภาพที่ 1

Patient and Personnel Safety				
1. ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจทักษะและแรงจูงใจในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย	2. การสร้างความร่วมมือของประชาชนและผู้ป่วยกับองค์กรต่างๆ ในระบบบริการสาธารณสุข	3. พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับบริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย	4. ส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์บริการ การรายงาน การเรียนรู้อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อการพัฒนาระบบบริการ	5. เพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบ
Competency of healthcare worker	People centered care	2P Safety Goals	National reporting and learning system	Hospital Accreditation
1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติ Patient and Personnel Safety Goals				
2. พัฒนาระบบ National Reporting and Learning System				
3. สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชน				

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิด 2P Safety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2560)

จากแนวคิด 2P Safety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2560) ผู้วิจัยนำมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจทักษะและแรงจูงใจ ใน

เรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ด้านที่ 2 การสร้างความร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วยกับองค์กรทางการศึกษาและหน่วยงานระบบบริการสาธารณสุข ด้านที่ 3 พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย ด้านที่ 4 ส่งเสริมระบบการวัด

ผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยงการรายงาน การเรียนรู้
อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อการพัฒนา
ระบบการบริหารความเสี่ยง ด้านที่ 5 เพิ่มประสิทธิภาพ
ในกระบวนการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และอภิบาล

ระบบบริหารความเสี่ยง และด้านที่ 6 แนวทางที่จะ
พัฒนาให้เกิด Patient and Personnel Safety ดัง
แผนภาพที่ 2

Patient and Personnel Safety				
1. ส่งเสริมให้อาจารย์/ อาจารย์นิเทศ และ นักศึกษาที่มีความรู้ ความเข้าใจทักษะและ แรงจูงใจ ในเรื่อง คุณภาพและความ ปลอดภัย	2. การสร้างความร่วมมือ ของอาจารย์/อาจารย์ นิเทศพยาบาล นักศึกษา ญาติ และผู้ป่วยกับ องค์กรทางการศึกษา และหน่วยงานระบบ บริการสาธารณสุข	3. พัฒนากลไกและ ระบบสนับสนุนที่ จำเป็นสำหรับ บริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย	4. ส่งเสริมระบบการ วัดผลลัพธ์การบริหาร ความเสี่ยงการรายงาน การเรียนรู้อุบัติการณ์ และเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์เพื่อการพัฒนา ระบบการบริหารความ เสี่ยง	5. เพิ่มประสิทธิภาพ ในกระบวนการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และ อภิบาลระบบบริหาร ความเสี่ยง
Competency of lecturer/supervisor and student	People centered care	2P Safety Goals	Development of risk management systems	Quality Assurance
6. แนวทางที่จะพัฒนาให้เกิด Patient and Personnel Safety				
<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาแนวทางปฏิบัติ Patient and Personnel Safety Goals - พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล - สร้างการมีส่วนร่วมของอาจารย์ /อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วย 				

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อสำรวจ
ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึก
ปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้วิธีการ
ประชุมกลุ่มร่วมกับผู้บริหารมหาวิทยาลัยคริสเตียน
และผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี
แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มและข้อมูลที่ได้
จากการทบทวนวรรณกรรมมาสังเคราะห์เป็นกรอบ
แนวคิด รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติ
วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล และพัฒนาเครื่องมือวัด

เพื่อยืนยันข้อค้นพบและสามารถนำผลการวิจัยไปใช้
อ้างอิงในวงกว้างได้ ซึ่งมีรายละเอียดวิธีดำเนินการ
วิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้
ได้องค์ประกอบรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึก
ปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล จากการประชุม
กลุ่มเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาาร่วมกันระหว่าง
ผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
และผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี
เพื่อเป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดของสภาพ

ปรากฏการณ์การบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นดังกล่าวด้วย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2562; สาทิตพิตุเตชะ, 2564)

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และจากการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาร่วมกันระหว่างผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในวงกว้างได้ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแฮร์และคณะ (Hair, Black, Babin, Anderson, & Ham, 2010)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชบุรี ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยหนัก แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกสูติ-นรีเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม แผนกจิตเวช และแผนกออโรโธปิดิกส์ ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี มีประชากรทั้งสิ้น 521 คน (ข้อมูลจากกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2565)

กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหานำมาสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยง เป็นผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จำนวน 4 คน และผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 8 คน ที่มีประสบการณ์ด้านการบริหาร ความเสี่ยง และการประกันคุณภาพ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วย

การใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง โดยการสืบค้นประวัติการทำงาน และสอบถามข้อมูล เพื่อค้นหาผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แล้วจึงดำเนินการประชุมกลุ่มร่วมกันจำนวน 3 ครั้ง และวิเคราะห์ข้อมูลหลังการประชุมทุกครั้งจนได้ข้อมูลที่สามารถนำมาสร้างรูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล และระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คำนวณตามวิธีการของทาโร ยามานะ (Yamane, 1967) ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้น 272 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด 2P Safety เป็นประเด็น ในการประชุมกลุ่มร่วมกันระหว่างผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และนำมาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สร้างเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แล้วมาสร้างเป็นแบบสอบถามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การดูแลนักศึกษาบนหอผู้ป่วย ตำแหน่งปัจจุบัน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของ

นักศึกษาพยาบาล โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยมาจากการสังเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มระหว่างผู้บริหารมหาวิทยาลัยคริสเตียนและผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย ด้านที่ 1 ด้านการส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจทักษะและแรงจูงใจในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย จำนวน 16 ข้อ ด้านที่ 2 ด้านการสร้างความร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วยกับองค์กรทาง การศึกษาและหน่วยงานระบบบริการสาธารณสุข จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 3 ด้านการพัฒนา กลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย จำนวน 2 ข้อ ด้านที่ 4 ด้านการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยง การรายงาน การเรียนรู้อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 5 เพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริหาร ความเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ และด้านที่ 6 แนวทางที่จะพัฒนาให้เกิด Patient and Personnel Safety จำนวน 3 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยดัดแปลงจากมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) แบบบังคับตอบ (Forced choice) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5) จนถึงเห็นด้วย น้อยที่สุด (1) (สุบิน ยุระรัช, 2565)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ ด้านการบริหารความเสี่ยง 2) พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการติดเชื้อ และ 3) อาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้ดูแลงานด้านการบริหารความเสี่ยง

ของคณะพยาบาลศาสตร์ โดยตรวจสอบความตรงของ เนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมา วิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) แบบสอบถามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึก ปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (DeVellis, 1991) ได้ค่า เท่ากับ 0.94)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลจากภาคสนาม ที่ผู้วิจัยเลือกใช้ การประชุมร่วมกันระหว่างผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และผู้บริหารกลุ่มงานการ พยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดของ 2P Safety มาเป็นแนวทางในการประชุมกลุ่มร่วมกัน ระหว่างผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย คริสเตียน จำนวน 4 คน และผู้บริหารกลุ่มงานการ พยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 8 คน ประชุม กลุ่มร่วมกัน จำนวน 3 ครั้ง นำข้อมูลที่ได้จากการ ประชุมกลุ่มมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ได้จาก การศึกษาค้นคว้าวิจัยและพัฒนาเป็นองค์ประกอบ การบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของ นักศึกษา และสร้างเป็นแบบสอบถามรูปแบบการ บริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของ นักศึกษาพยาบาล

นำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของข้อ คำถามและหาความเที่ยงของแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผ่าน ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย

ของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ถามข้อสงสัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2566 จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งสิ้น 259 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.22 นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ01/65 ลงวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2565 และโรงพยาบาลราชบุรี เลขที่ บ01/2565 ลงวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูลซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อปฏิบัติงาน และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลนักศึกษาบนหอผู้ป่วย ตำแหน่งปัจจุบัน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ (f -frequencies) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ตรวจสอบองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (วีระศักดิ์ จินารัตน์, 2557) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เพื่อสกัดองค์ประกอบ โดยใช้เกณฑ์การเลือกตัวแปรที่เข้าอยู่ในองค์ประกอบด้วยค่าไอเกน (Eigenvalue) ที่มากกว่า 1 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ของแต่ละตัวแปรในองค์ประกอบมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปโดยพิจารณาจากจำนวนตัวอย่าง 259 คน โดยแต่ละองค์ประกอบต้องมีตัวแปรตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป (Hair et al., 2010)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลจากการประชุมกลุ่มร่วมกันระหว่างผู้บริหารมหาวิทยาลัยคริสเตียนและผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรีเพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลได้ 6 องค์ประกอบ สร้างเป็นข้อปฏิบัติได้ 32 ข้อ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจทักษะและแรงจูงใจในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย จำนวน 16 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 การสร้างความร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วยกับองค์กรทางการศึกษาและหน่วยงานระบบบริการสาธารณสุข จำนวน 3 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย จำนวน 2 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 ส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยง การรายงาน การเรียนรู้อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึง

ประสงค์เพื่อการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบที่ 5 เพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริหารความเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบที่ 6 แนวทางที่จะพัฒนาให้เกิด Patient and Personnel Safety จำนวน 3 ข้อ

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99.23) อายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 33.59) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 94.98) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1-5 ปี และ 21-30 ปี (ร้อยละ 34.36 และ 29.35 ตามลำดับ) มีประสบการณ์การดูแลนักศึกษาบนหอผู้ป่วย 1-5 ปี (ร้อยละ 54.05) มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 95.37) และปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยหนักมากที่สุด (ร้อยละ 30.89)

2.2 การวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี

จากผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่มีความจำเป็นในการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 30 ตัวบ่งชี้ (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า 0.50 ถูกตัดออก จำนวน 2 ตัว

บ่งชี้ ได้แก่ 1) ก่อนการฝึกปฏิบัติวิชาชีพนักศึกษาควรได้รับการปฐมพยาบาลเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วย อาทิเช่น ห้ามใช้โทรศัพท์ถ่ายรูปผู้ป่วยหรือประวัติผู้ป่วย เพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง (0.47) และ 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น การสวมแว่นตา ผูก Mask ขณะฝึกปฏิบัติวิชาชีพ จะช่วยให้นักศึกษาปลอดภัยจากสารคัดหลั่ง หรือเสมหะ (0.45) และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชบุรีมีระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58, S.D.=0.51$) เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลเป็นรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจทักษะและแรงจูงใจในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.64, S.D.=0.50$) 2) ด้านการสร้างความร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษาญาติและผู้ป่วยกับองค์กรทางการศึกษาและหน่วยงานระบบบริการสาธารณสุข อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63, S.D.=0.49$) 3) ด้านการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์ การควบคุม กำกับ และตรวจสอบระบบการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58, S.D.=0.53$) และ 4) ด้านการให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47, S.D.=1.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชบุรีที่มีต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล (n=259)

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพ ของนักศึกษาพยาบาล	จำนวน (ข้อ)	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์ การควบคุม กำกับ และ ตรวจสอบระบบการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	12	4.58	0.53	มากที่สุด
2. ด้านการส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจทักษะและแรงจูงใจ ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย	9	4.64	0.50	มากที่สุด
3. ด้านการสร้างความร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศพยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วยกับองค์กรทางการศึกษาและหน่วยงาน ระบบบริการสาธารณสุข	6	4.63	0.49	มากที่สุด
4. ด้านการให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ	3	4.47	1.01	มาก
รวม	30	4.58	0.51	มากที่สุด

2.3 ค่าความแปรปรวน ของตัวแปร (Eigenvalues) ค่าร้อยละ ของ ความแปรปรวน (Percentage of Variance) และค่าร้อยละสะสมของ ความแปรปรวน (Accumulative percentage of variance) ของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalue) มากกว่า 1 ขึ้นไป มีอยู่ 4 ค่า แสดงว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล จัดเป็น

องค์ประกอบได้ 4 องค์ประกอบ เมื่อพิจารณาค่าร้อยละของความแปรปรวนและค่าร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถอธิบายรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ได้ร้อยละ 71.17 ซึ่งค่าร้อยละของการอธิบายความแปรปรวนรวมของจำนวนองค์ประกอบทั้งหมดที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ ควรมีค่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2555) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) ค่าร้อยละของความแปรปรวน (Percentage of Variance) และค่าร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Accumulative percentage of variance) ของแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ค่าความแปรปรวน ของตัวแปร	ค่าร้อยละของ ความแปรปรวน	ค่าร้อยละสะสมของ ความแปรปรวน	จำนวนตัวแปร ในองค์ประกอบ
1	18.27	57.11	57.11	12
2	2.22	6.94	64.05	9
3	1.23	3.86	67.91	6
4	1.04	3.26	71.17	3

2.4 การวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี

ผลการตรวจสอบเงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เท่ากับ 0.960 แสดงถึงความเหมาะสมของข้อมูลทั้งหมดและตัวแปรปัจจัยต่างๆ ที่สามารถใช้วิเคราะห์องค์ประกอบได้ในระดับดีมากเพราะ KMO มีค่าสูงมากกว่า 0.50 และจากการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity พบว่าตัวแปรปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (Chi-Square เท่ากับ 8539.32, df เท่ากับ 496 และค่า P-value < 0.01) แสดงว่าข้อมูลที่ได้มาสามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้

จากองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรีที่ได้จากการประชุมกลุ่มร่วมกันระหว่างผู้บริหารมหาวิทยาลัยคริสเตียน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารความปลอดภัย การประกันคุณภาพ และการบริหารความเสี่ยงร่วมกับการสังเคราะห์ตามกรอบ

แนวคิด 2P Safety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2560) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจทักษะและแรงจูงใจ ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย 2) ด้านการสร้างความร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วยกับองค์กรทางการศึกษาและหน่วยงานระบบบริการสาธารณสุข 3) ด้านการพัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย 4) ด้านการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยงการรายงาน การเรียนรู้อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อการพัฒนาาระบบการบริหารความเสี่ยง 5) ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริหารความเสี่ยง และ 6) แนวทางที่จะพัฒนาให้เกิด Patient and Personnel Safety โดยข้อตกลงเบื้องต้น คือ ค่าไอเกน (Eigenvalues) มีค่ามากกว่า 1.00 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) มีค่ามากกว่า 0.50 และเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบโดยการสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) ด้วยวิธีวิเคราะห์ภาวะความน่าจะเป็น

สูงสุด (Maximum likelihood) และการหมุนแกนองค์ประกอบด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax with Kaiser Normalization) พบว่า องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลจัดกลุ่มได้องค์ประกอบใหม่เหลือ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์ การควบคุม กำกับ และตรวจสอบระบบการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เปลี่ยนชื่อมาจากองค์ประกอบที่ 4 และองค์ประกอบที่ 5 (เดิม) 2) ด้านการส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจทักษะและแรงจูงใจ ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย (คงเดิม) 3) ด้านการสร้างความร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ช่วยกับองค์กรทางการศึกษาและหน่วยงานระบบบริการสาธารณสุข (คงเดิม) และ 4) ด้านการให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ (เพิ่มจากเดิม)

ดังนั้นภายหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลได้ 4 องค์ประกอบ 30 ตัวแปร ประกอบด้วยตัวแปร ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 “ด้านการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์ การควบคุม กำกับ และตรวจสอบระบบการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์” ประกอบด้วยตัวแปร 12 ข้อ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.55 ถึง 0.83 มีความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 18.27 และค่าร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 57.11 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 12 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่ร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด

องค์ประกอบที่ 2 “ด้านการส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ความ

เข้าใจทักษะและแรงจูงใจ ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย” ประกอบด้วยตัวแปร 9 ข้อ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.55 ถึง 0.82 มีความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 2.22 และค่าร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 6.94 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 9 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่ร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด

องค์ประกอบที่ 3 “ด้านการสร้างความร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ช่วยกับองค์กรทางการศึกษาและหน่วยงานระบบบริการสาธารณสุข” ประกอบด้วยตัวแปร 6 ข้อ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.59 ถึง 0.76 มีความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 1.23 และค่าร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 3.89 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่ร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด

องค์ประกอบที่ 4 “ด้านการให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ” ประกอบด้วยตัวแปร 3 ข้อ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.50 ถึง 0.63 มีความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 1.04 และค่าร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 3.26 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่ร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี และวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพ



ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ข้อค้นพบใหม่จากการวิจัยซึ่งได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) ได้องค์ประกอบจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด 2P Safety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2560) จำนวน 6 องค์ประกอบเหลือ 4 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม จำนวน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์ การควบคุม กำกับ และตรวจสอบระบบการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2) ด้านการให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ สร้างขึ้นจากการประชุมร่วมกันระหว่างผู้บริหารมหาวิทยาลัยคริสเตียนกับหัวหน้าผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี นำมาสังเคราะห์ร่วมกับกรอบแนวคิด 2P Safety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพให้ความเห็นว่า การส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์ การควบคุม กำกับ และตรวจสอบระบบการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิด Patient and Personnel Safety ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนามาตรฐานตามหลักการของสถาบันได้รับการรับรองมาตรฐานจากองค์กรสากล (International Society for Quality in Healthcare External Evaluation Association: ISQua EEA) ซึ่งมาตรฐานต้องครอบคลุมการบริหารความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วย/

ญาติ บุคลากร ผู้มาเยือนและผู้เกี่ยวข้อง (Safety and risk) มุ่งเน้นในเรื่องของระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม และต้องมีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2564)

ส่วนการให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ พยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญกับ ก่อนการฝึกปฏิบัติวิชาชีพนักศึกษาควรได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อดื้อยา จะช่วยให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและถูกต้องตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) คือ Patient and Personnel Safety (2P Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560) ซึ่งมีเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ในประเด็นของ Infection control (การป้องกันการติดเชื้อ) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หนึ่งในมาตรการต่างๆ คือ การกำหนดแนวทางการใช้ยาของโรงพยาบาล ไม่ให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยาที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานการติดเชื้อดื้อยาแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง



ดังนั้นจะเห็นว่าการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์ การควบคุม กำกับ และตรวจสอบระบบการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการให้ความรู้ด้านการป้องกัน การติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ มีความสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล เมื่อนำมาใช้ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) คือ 2P Safety จะยิ่งทำให้ลดความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาล และอาจารย์นิเทศเกิดความปลอดภัย

ผู้วิจัยอภิปรายข้อค้นพบจากการวิจัยเรียงลำดับตามน้ำหนักขององค์ประกอบจากมากไปน้อย แต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์ การควบคุม กำกับ และตรวจสอบระบบการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์” ประกอบด้วยตัวแปร 12 ข้อ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.55 ถึง 0.83 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 18.27 และค่าร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 57.11 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 12 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่ร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด ตัวแปรที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วยมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิด Patient and Personnel Safety อยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.68, S.D.=0.56) รองลงมาคือการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิด Patient and Personnel Safety ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.64, S.D.=0.58) และการพัฒนาระบบการบริหารความ

เสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิด Patient and Personnel Safety ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.62, S.D.=0.59) ซึ่งองค์ประกอบนี้มีความสำคัญเป็นลำดับแรกในการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล เมื่อก้าวถึงระบบการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาล พบว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในมาตรฐานตามหลักการของสถาบันได้รับการรับรองมาตรฐานจากองค์กรสากล ที่มีการดำเนินการภายใต้กรอบมาตรฐาน HA มีการประเมินคุณภาพมาตรฐานด้านความปลอดภัยในรูปของการบริหารจัดการความเสี่ยง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2564) และยังให้ความสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลจาก 2P Safety เป็น 3P Safety คือ เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย (Patient) บุคลากร (Personnel) และสังคม (People and public) (สาธิต ปิตุเตชะ, 2564) อีกทั้งสภาการพยาบาลเองยังได้มีประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล ในมาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยกำหนดให้มีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยของบริการพยาบาล และมีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญด้านผู้ให้บริการ เช่น ความปลอดภัยในการทำงาน การร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล พฤติกรรมบริการ หรือจริยธรรมของผู้ให้บริการ และการจัดการข้อร้องเรียน ความพึงพอใจของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาล ภาวะสุขภาพของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลอีกด้วย (ประกาศ ณ วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2562)

จากผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของรณชัย คนบุญ เพิ่มพูน บุญมี และยงยุทธ บรรจง (2564) ศึกษาการบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

การบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุคใหม่ พบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นต่อการบริหารในองค์กรยุควิถีใหม่ ที่คำนึงการจัดการ ด้านความเสี่ยงมากที่สุด อาจารย์/เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา มีความคิดเห็นว่าการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดการความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ มากที่สุด และแนวทางในการบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ เน้นการค้นหาข้อเท็จจริง ของความเสี่ยง การจัดทำ และใช้แบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยง การวิเคราะห์ ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงด้วยมาตรการต่างๆ

และงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของเอล จาร์ดาลี และคณะ (El-Jardali et al., 2011) ได้ทำการศึกษาการทำนายและผลลัพธ์ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใน 68 โรงพยาบาลในเลบานอน ผลการศึกษาพบว่า การรายงานเหตุการณ์ การสื่อสาร ความเป็นผู้นำด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการจัดการ พนักงานและการประกันคุณภาพ เป็นตัวพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สำคัญ โดยการรายงานเหตุการณ์ และการสื่อสาร ช่วยลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ด้านความเป็นผู้นำความปลอดภัยของผู้ป่วยและการจัดการ จะช่วยให้เกิดข้อตกลงร่วมกันในเรื่องความปลอดภัย ช่วยเพิ่มความถี่ของการรายงานอุบัติการณ์ ด้านพนักงานถ้ามีการรับรู้เรื่องความปลอดภัยจะทำให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์มากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น และการประกันคุณภาพพบว่าโรงพยาบาลที่ได้การรับรองคุณภาพจะมีการรายงานอุบัติการณ์มาก และมีการรับรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสูง ช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการส่งเสริมให้อาจารย์/อาจารย์นิเทศ และนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจทักษะและแรงจูงใจในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ประกอบด้วยตัวแปร 9 ข้อ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.55 ถึง 0.82 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 2.22 และค่าร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 6.94 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 9 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่รวมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด ตัวแปรที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ก่อนการฝึกปฏิบัติวิชาชีพนักศึกษาควรได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องการบริหารยาโดยใช้หลัก 10 R จะช่วยให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยมากที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.64$, S.D.=0.50) รองลงมาคือ ก่อนการฝึกปฏิบัติวิชาชีพนักศึกษาควรได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องการปฏิบัติการให้เลือด จะช่วยให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยอยู่ในระดับมากที่สุด และการสอนเทคนิคการเจาะเลือดและการฉีดยาแบบ One hand technique จะช่วยให้นักศึกษาปลอดภัยจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง/สัมผัสเลือด และอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.70$, S.D.=0.61 และ $\bar{X}=4.70$, S.D.=0.59 ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล สิ่งที่นักศึกษาพยาบาลจะต้องฝึกปฏิบัติโดยตรงในทุกวัน คือ การให้ยาผู้ป่วยทั้งทางปากและทางหลอดเลือดดำ การให้เลือด การเจาะเลือด และเป็นพื้นฐานที่พยาบาลต้องพบเจอในทุกวัน ส่งผลให้อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้ระหว่างฝึกปฏิบัติวิชาชีพ

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชบุรี จึงให้ความสำคัญในประเด็นต่างๆ ที่กล่าวมาเป็นลำดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้ขับเคลื่อนหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในสถาบันการศึกษาเพื่อให้นักศึกษาและบุคลากร



สาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็น ร่วมกับการปลูกฝังความตระหนักในหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงก่อนปฏิบัติงานจริงกับ ซึ่งมีเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับ การศึกษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety and education) โดยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้การดูแลสุขภาพอย่างผู้เชี่ยวชาญบนหลักการและแนวความคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยการเสริมสร้างจุดแข็ง เช่น สมรรถนะที่จำเป็นเร่งด่วน ที่ต้องใช้ในระบบสุขภาพที่ซับซ้อนและความต้องการของแรงงานผู้ป่วย มีการพัฒนาระบบการสร้างความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของผู้นำ ผู้จัดการ ผู้ให้บริการด้านการศึกษานักเรียน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษามหาวิทยาลัย (Patient safety and education of university students) โดยการเสริมสร้างศักยภาพทางวิชาการที่จะสอนในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กับนักเรียนระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ขั้นตอนที่ 2 เป็นการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาการฝึกอบรมครอบคลุมเนื้อหา ด้านปัจจัยพื้นฐานในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาดของมนุษย์ การแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ความรู้ของบุคลากร ขั้นตอนที่ 3 การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ/สัมมนา (Training workshops/seminars) มีความครอบคลุมแนวคิดพื้นฐานของการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย เน้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่จะนำไปใช้ได้จริง และขั้นตอนที่ 4 การเรียนรู้แบบอี-เลิร์นนิง (E-Learning) จะมุ่งเน้นให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเอง และส่งเสริมให้มีการทำวิจัยด้านความปลอดภัย (World Health Organization, 2014) ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของพีระนันท์ จีระยิ่งมงคล วัลถณีนาคศรีสังข์ และจันทนา ณหทัยโกคิน (2563) ศึกษา

สภาพการณ์การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีอุบัติการณ์การเกิดความผิดพลาดขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย โดยพบมากที่สุดเป็นเรื่องเกี่ยวกับการบริหารยา ร้อยละ 33.33 มีการรับรู้ความตระหนัก และความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด และการรับรู้ และความตระหนัก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.77, p<0.01$) และงานวิจัยของ สตรีรัตน์ ธาดา กานต์ โชเพียห, สุมลชาติ ดวงบุผา ธีรวัฒน์ ช่างปัด และมิ่งมกล ภิบาลวงษ์ (2565) ศึกษาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติงานคลินิกและสถานการณ์จำลอง พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของนักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาขณะฝึกปฏิบัติงานคลินิก และความคลาดเคลื่อนที่เกิดสูง 3 อันดับแรก คือ ผิดขนาดยา ผิดเวลา และผิดชนิด โดยประมาณ 3 ใน 4 ของนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ความคลาดเคลื่อนไม่ได้รายงานความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาที่เกิดขึ้น ดังนั้นควรส่งเสริมและพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถในการบริหารยาอย่างปลอดภัย และมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. ด้านการสร้างความร่วมมือของอาจารย์/อาจารย์นิเทศ พยาบาล นักศึกษา ญาติและผู้ป่วยกับองค์กรทางการศึกษาและหน่วยงานระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยตัวแปร 6 ข้อ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.59 ถึง 0.76 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 1.23

และค่าร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 3.89 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 8 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่ร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด ตัวแปรที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น การสวมแว่นตา ผูก Mask ขณะฝึกปฏิบัติวิชาชีพจะช่วยให้นักศึกษาปลอดภัยจากสารคัดหลั่งหรือเสมหะกระเด็นเข้าตา อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.70$, S.D.=0.53) รองลงมาคือ การที่แหล่งฝึกปฏิบัติจัดทำสัญลักษณ์ต่างๆ อาทิเช่น ป้ายยา High alert drugs จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างปลอดภัย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.66$, S.D.=0.60) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชบุรีให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างฝ่ายบริการและฝ่ายวิชาการ โดยให้ความสำคัญกับการสร้างและการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นไปตามหลักของ 2P Safety ที่กล่าวถึงการป้องกันอันตรายจาก High alert drugs เพื่อสร้างความมั่นใจในการจัดการความเสี่ยง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารความปลอดภัยของจอยท์คอมมิชชั่น (Joint Commission International Accredited Organization : JCI, 2015) มาตรฐานการปฏิบัติที่ 3 การพัฒนาและปรับปรุงความปลอดภัยของการให้ยาต้องระมัดระวังสูง (High-alert medications) เพื่อเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในระดับสากล นอกจากนี้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2562) มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันทั้งนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาล ที่ต้องเรียนรู้และมีบทบาทร่วมกับโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเกิดความปลอดภัยและเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

4. ด้านการให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ประกอบด้วย ตัวแปร 3 ข้อ

โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.50 ถึง 0.63 มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalues) เท่ากับ 1.04 และค่าร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 3.26 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร เป็นตัวแปรที่ร่วมกันบรรยายองค์ประกอบนี้ได้ดีที่สุด ตัวแปรที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ก่อนการฝึกปฏิบัติวิชาชีพ นักศึกษาควรได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อดื้อยา จะช่วยให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและถูกต้องตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.83$, S.D.=2.50) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) คือ Patient and Personnel Safety (2P Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560) ซึ่งมีเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ในประเด็นของ Infection control (การป้องกันการติดเชื้อ) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หนึ่งในมาตรการต่างๆ คือการกำหนดแนวทางการใช้ยาของโรงพยาบาลไม่ให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบรุนแรง โดยกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยาที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานการติดเชื้อดื้อยาแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของนภาวรณ วิริยะศิริกุล และเบญจวรรณ วัฒนอมชยธวัช (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันด้านการล้างมือ ด้าน

การจัดการสิ่งแวดล้อมและการแยกขยะ และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ปัจจัยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 14.8 ($R^2=.148, P<.01$)

จากผลวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอนและการเตรียมนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ศึกษามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล และสามารถให้บริการพยาบาลตรงตามมาตรฐานการพยาบาลอันจะส่งผลให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ และได้มาตรฐานต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ควรให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา

ให้ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล เพื่อลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประเด็นที่อาจเกิดขึ้นระหว่างฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมด้วย

2. ควรมีการศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดเดียวกัน

3. ควรทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติวิชาชีพต่อผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. (2560). *สถิติการรายงานอุบัติการณ์ ปีการศึกษา 2560*. นครปฐม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2555). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : เทพเนรมิตการพิมพ์.
- นภาพรรณ วิริยะศิริกุล และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 14(1), 86-96.
- พร บุญมี และเฉลิมพรรณ เหมลอย. (2554). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(3), 48-62.
- พีระนันท์ จิระยิ่งมงคล, วัลทณี นาคศรีสังข์ และจันทนา ณททัยโกติน. (2563). สภาพการณ์การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(3), 204-220.



- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- รณชัย คนบุญ, เพิ่มพูน บุญมี และยงยุทธ บรรจง. (2564). การบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ การบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุคใหม่. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(3), 260-274.
- วีระศักดิ์ จินารัตน์. (2557). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 11(2), 80-85.
- สตรีรัตน์ ธาดากานต์, โชเพีย หู, สุมลชาติ ดวงบุบผา, อีรวัดน์ ช่างปัด และมิ่งกมล ภิบาลวงษ์. (2565). ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติบนคลินิกและสถานการณ์จำลอง. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 28(2), 281-298.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). *ผู้ป่วยปลอดภัย เราก็ปลอดภัยด้วย 2P Safety Goals*. สืบค้นจาก <https://www.crhospital.org/hacc/file/60/download/2P%20Safety%20HACC%20Chiangrai.pdf>.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: เพล็กซ์แอนด์ ซิคเซ็สฟูล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). *เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ.2561 Personal Safety Goals : SIMPLE Thailand 2018*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: เพล็กซ์ แอนด์ ซิคเซ็สฟูล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). *HA UPDATE 2019*. นนทบุรี: เพล็กซ์ แอนด์ ซิคเซ็สฟูล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). *การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)*. สืบค้นจาก <https://www.ha.or.th/TH/มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ>
- สภาการพยาบาล. (2562). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562. วันที่ 18 เมษายน 2562. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF>
- สภาการพยาบาล. (2563). *คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาระดับปริญญาตรีและการผดุงครรภ์สำหรับสถาบันการศึกษาที่มีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. นนทบุรี : ฝ่ายมาตรฐานการศึกษาระดับปริญญาตรีและการผดุงครรภ์ สภาการพยาบาล.
- สาธิต ปิตุเตชะ, (2564). *สธ. ด้านคุณภาพสถานบริการใหม่จาก “2P Safety” สู่ “3P Safety” ผู้ป่วย-บุคลากร-สังคม ปลอดภัย*. สืบค้นจาก <https://www.thecoverage.info/news/content/1235>
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2560). *เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2558 และเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วงศ์สว่างพับลิชชิ่ง แอนด์ พรินติ้ง จำกัด.
- สุบิน ยุระรัช. (2565). ทำไมต้องลิเคิร์ต. *วารสารนวัตกรรมและการจัดการ*, 7(1), 152-165.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development : Theory and development*. Newbury park CA: Sage: 85.
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-12.



Joint Commission International Accredited Organization. (2015). Hospital National Patient Safety Goals. *The Joint Commission*, 1, 1-17.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E & Ham Ronald L. (2010). *Multivariate data analysis*. (7th ed). New Jersey: Prentice Hall.

World Health Organization. (2014). *WHO patient safety education: Patient safety curriculum guide*. Retrieved from: <http://www.isqua.org/docs/geneva-presentations/b11-zheng-hao.pdf?sfvrsn=2>.

Yamane, Taro. (1967). *Statistics, An Introductory analysis*. (2nd ed). New York: Harper and Row.



นวัตกรรมเจลเย็นมหัศจรรย์ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา

จุฑามาศ มาคุ้ม*

บทคัดย่อ

ภาวะท่อน้ำตาอุดตัน เป็นความผิดปกติของทางเดินท่อน้ำตา โดยมีอาการน้ำตาไหล การอักเสบปวดบวม บริเวณหัวตาที่เป็นทางเดินของท่อน้ำตา การผ่าตัดจึงเป็นการรักษาเพื่อแก้ไขท่อน้ำตาอุดตันโดยทำทางเดินน้ำตา จากถุงน้ำตาไปลงในช่องโพรงจมูก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังการผ่าตัด ได้แก่ เลือดออกทางจมูก เลือดออกชั้น ใต้ผิวหนัง ติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และอาการปวดบริเวณบาดแผล การดูแลที่ช่วยลดภาวะดังกล่าวทำได้หลายวิธี เช่น การประคบเย็น การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น ผู้เขียนสนใจการประคบเย็นเพราะเป็นบทบาทอิสระของ พยาบาลที่สามารถกระทำได้ที่ขอบเขตวิชาชีพมุ่งให้การพยาบาลแบบองค์รวม จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการประคบเย็นพบว่า ความเย็นช่วยลดการหลั่งสารเคมีที่กระตุ้น ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดทำให้เซลล์มีการเผาผลาญและลดการใช้ออกซิเจนของเซลล์ส่งผลให้การรับรู้ต่อ ความปวดลดลง ป้องกันอาการบวมของเนื้อเยื่อรอบแผลผ่าตัดได้และป้องกันเลือดออกของแผลผ่าตัดได้ ผู้เขียนจึงได้ พัฒนานวัตกรรม “เจลเย็นมหัศจรรย์ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา” ขึ้น

คำสำคัญ: นวัตกรรมเจลเย็น, ภาวะท่อน้ำตาอุดตัน, การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาอุดตัน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566 หน้า 35-49

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาล โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

Corresponding author, e-mail bobokona@gmail.com, Tel 084-4521717

วันที่รับบทความ: 31 มีนาคม 2566, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 26 พฤษภาคม 2566, วันที่ตอบรับบทความ: 31 พฤษภาคม 2566



Innovative Miracle Cryo Gel to Reduce Acute Pain and Prevent Bleeding Post Eye Surgery

Jutamas Markum*

Abstract

Nasolacrimal duct obstruction is an abnormality of the tear duct pathway with symptoms of tears, inflammation, pain, and swelling under the eyes around tear duct. Surgery is therefore an alternative treatment to create a pathway for tears from the lacrimal sac to the nasopharynx. Possible complications after surgery include nose bleeds, bleeding under the skin and infection at the surgical site and pain at the wound site. There are many ways to help reduce the condition, such as cold compress, and distraction, etc. The author is interested in cold compress because it is an independent role that nurses can perform within their professional scope, focusing on holistic nursing. From empirical evidence and a systematic review of the literature on cold compress, it was found that the cold reduces secretion of chemicals that stimulate pain-sensing nerve endings, causing cell inflammation and cell oxygen consumption, resulting in decreased perception of pain and prevention of swelling due to vasoconstriction effect. Therefore, the author has developed an innovation, “Miracle cryo-gel to reduce acute pain and prevent bleeding post-surgery for nasolacrimal obstruction”.

Keywords: Cryo-gel innovation, Nasolacrimal duct obstruction, Postoperative care of nasolacrimal duct obstruction patients

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(1), 35-49

* Registered Nurse, Anesthesia Nurse, Mettapracharak Hospital (Watrai-Khing).

Corresponding author, e-mail bobokona@gmail.com, Tel 084-4521717

Received: 31 March 2023, Revised: 26 May 2023, Accepted: 31 May 2023



บทนำ

ภาวะท่อน้ำตาอุดตัน (Nasolacrimal duct obstruction) เป็นความผิดปกติของทางเดินท่อน้ำตา ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการน้ำตาไหล (Epiphora) การอักเสบ ปวดบวมบริเวณใต้หัวตา (Dacryocystitis) พบได้ตั้งแต่แรกเกิด จนถึงวัยชรา ส่วนใหญ่มักพบในวัยกลางคนเป็นต้นไป การรักษาด้วยการนวดและแยงท่อน้ำตามักไม่ได้ผล การผ่าตัดจึงเป็นการรักษาทางเลือกเพื่อทำทางเดินน้ำตาจากถุงน้ำตาไปลงในช่องจมูกได้ การผ่าตัดแก้ปัญหาท่อน้ำตาอุดตันจากภายนอก (External dacryocystorhinostomy) เริ่มทำโดย Toti ในปี ค.ศ. 1904 และใช้เป็นวิธีมาตรฐานต่อมาการผ่าตัดแก้ปัญหาท่อน้ำตาอุดตันผ่านทางจมูกเริ่มทำโดย Caldwell ในปี ค.ศ. 1893 ต่อมาในปี ค.ศ. 1989 Mc. Dough & Miring ได้นำ Fiberoptic-endoscope มาใช้ในการผ่าตัดและมีการพัฒนาวิธีการเครื่องมือในการผ่าตัดมากขึ้นจึงทำให้การผ่าตัดท่อน้ำตาด้วยกล้องส่องผ่านทางจมูก (Endoscopic intranasal dacryocystorhinostomy) เป็นที่นิยมแพร่หลายมากขึ้น ข้อดีของการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องผ่านทางจมูกเมื่อเทียบกับวิธีผ่าตัดนอกจมูกคือไม่มีแผลเป็นนอกจมูกไม่ต้องตัดกล้ามเนื้อใต้ตา (Orbicularis oculi) ซึ่งช่วยในการดูดน้ำตาเข้าสู่ท่อระบาย (Pumping mechanism) และหากมีพยาธิสภาพในจมูก หรือผนังจมูกคด (Deviated nasal septum) สามารถผ่าตัดแก้ไขในครั้งเดียวกันได้ (กนกรัตน์ ชุ่มภิรมย์, 2562) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังการผ่าตัด ได้แก่ เลือดออกทางจมูก เลือดออกชั้นใต้ผิวหนัง ติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การเลื่อนหลุดของท่อน้ำตาซิลิโคน ท่อน้ำตากลับมาอุดตันใหม่ ขณะเดียวกันในการผ่าตัดแต่ละชนิดต้อง

ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดท่อน้ำตาไม่ว่าจะเป็นแบบมีแผลเปิดด้านนอกหรือแบบส่องกล้องมีโอกาสที่จะมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดไหลลงคอเกิดการสำลักเข้าปอด และไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรทางวิสัญญีโดยเฉพาะการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia: GA) ยาระงับความรู้สึกชนิดนี้ออกฤทธิ์กวดการตอบสนอง (Reflex) ต่างๆ ของร่างกาย ทั้งการเคลื่อนไหว (Somatic) ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง กวดการหายใจ หายใจช้าลง รวมทั้งปฏิกิริยาการไอ การกลืน การขย้อน และการอาเจียน เพราะกล้ามเนื้อจะหย่อนตัวตลอดเวลา ผ่าตัดโดยผู้ป่วยจะกลับคืนสู่สภาพปกติเมื่อฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกหมดไป (ปรานอม เนาว์สุวรรณ, 2561)

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาในระยะพักฟื้นที่ห้องพักฟื้นถือเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการทำหัตถการและการระงับความรู้สึก มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด และช่วยลดภาวะไม่สุขสบายจากอาการปวด ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นควรมีความรู้และความเข้าใจถึงปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยตลอดจนสามารถดูแลและให้การแก้ไขเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านหรือกลับหอผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย วิธีการลดความปวดแบ่งออกเป็น การลดความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการลดความปวดด้วยการไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถ



กระทำได้ที่ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพและจัดเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม การลดความปวดแบบไม่ใช้ยา แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การบำบัดทางใจ เช่น การให้ความรู้การผ่อนคลาย การใช้เทคนิคเบี่ยงเบน และการบำบัดทางกาย เช่น การใช้ความร้อนหรือความเย็นที่บริเวณผิวหนัง (แล้วแต่กรณี) เป็นต้น

การจัดการความปวดโดยใช้การประคบเย็นสามารถอธิบายโดยทฤษฎีกลไกการควบคุมประตู (Gate control theory) ได้ว่า ความเย็นลดการหลั่งสารเคมีที่กระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด เช่น ฮีสตามีน และกรดแลคติก เนื่องจากความเย็นทำให้เซลล์มีการเผาผลาญลดลง ความต้องการการใช้ ออกซิเจนของเซลล์ลดลง เซลล์ที่ตายจากการขาด ออกซิเจนจึงลดลง ความเย็นทำให้อัตราเร็วการส่งผ่านกระแสประสาทความปวดของเส้นประสาท เอเดลด้าและเส้นใยประสาทชนิดลงดงนั้นการส่งกระแสประสาทต่อไปยังไขสันหลังและสมองจึงลดลง ทำให้การรับรู้ต่อความปวด (Perception of pain) ลดน้อยลง ด้วยการให้ความเย็นที่อุณหภูมิ 10-15 องศาเซลเซียส ประคบระยะเวลา 10-20 นาที จะสามารถลดความปวดได้ (อมรลักษณ์ เทพบุตร และเกศกัญญา สัพพะเลข, 2559) การประคบเย็นที่ได้ผลควรรักษาความเย็นให้คงที่ภายใน 15-20 นาทีติดต่อกัน ความเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัวลดความไวของปลายประสาทชะลอกระบวนการอักเสบส่งผลให้ลดอาการปวด (Muaddi, Lillie, Silva, Cross, Ladha, Choi, Mocon, & Karanicolas, 2023) แต่หากประคบนานเกิน 20 นาที หรืออุณหภูมิต่ำกว่า 1 องศาเซลเซียส อาจทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่เนื้อเยื่อลดลง ทำให้มีการตายของเนื้อเยื่อได้ (Malanga, Yan & Stark, 2015) (เจือจันทน์ เจริญภักดี และวิฑูรย์ หอมลา,

2564) กระบวนการประคบเย็นหลังผ่าตัดจะเริ่มทันทีหลังผ่าตัดจนถึง 3 วันหลังผ่าตัด (Modabber, Rana, Ghassemi, Gerressen, Gellrich, Hölzle, & Rana, 2013) พยาบาลสามารถใช้การประคบเย็นด้วยเจลเย็นเพื่อจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้และจัดว่าเป็นบทบาทอิสระ (ปิยะนันท์ อนันต๊ะยศ, 2564) เจลเย็นมีจำหน่ายในท้องตลาดซึ่งมีราคาค่อนข้างสูงมีขนาดและน้ำหนักที่ไม่พอเหมาะกะกับตำแหน่งที่ต้องการประคบต้องใช้ผ้าห่อไว้ไม่ให้เจลเย็นสัมผัสโดยตรงกับผิวหนัง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้มือจับไว้ตลอดเวลาหรือต้องนอนนิ่งๆ ขณะทำการประคบเย็นทำให้ไม่สบาย จึงมีการพัฒนาเจลเย็นให้สะดวกต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้นโดยมีขนาดน้ำหนัก และรูปร่างที่เหมาะสมกับอวัยวะที่จะนำไปประคบซึ่งสามารถแปะติดผิวหนังและไม่ให้เจลสัมผัสกับผิวหนังโดยตรงง่ายต่อการจับและไม่ต้องใช้ มือถือเจลเย็นไว้ตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมอื่นๆ ได้ขณะประคบ ดังนั้นการพัฒนาเจลเย็นเพื่อช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดเพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้เจลประคบเย็นช่วยบรรเทาอาการปวดดังกล่าว เพื่อป้องกันความเสี่ยงการสัมผัสของเจลเย็นที่อาจจะรั่วกระทบผิวหนังควรห่อด้วยพลาสติกเพื่อป้องกันความเสี่ยงสัมผัสและมีการควบคุมความเย็นให้คงที่

สำหรับการผ่าตัดตา มีผู้ศึกษาได้พัฒนานวัตกรรมใช้ขนาดเจลประคบเย็นสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตาขนาด 7 ซม. x 4 ซม. x 2 ซม. โดยความหนาของเจลประคบเย็นที่ 2 ซม. มีการคำนึงถึงตำแหน่งบริเวณที่ประคบเย็นหลังการผ่าตัดท่อน้ำตาอุดตันคือบริเวณระหว่างคิ้วถึงหัวตาจะต้องไม่กดลูกตาทั้งสองข้าง (Zhuo Li & Qin Wang, 2016) และ



หลังจากประคบเย็นแล้วสามารถประเมินความเจ็บปวดด้วย Face pain scale หรือ Numeric pain score และนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรมดังกล่าวได้ (Ida, Walter, Maria, Amerigo, Elio, Anna, & Mario, 2016) และเฝาระวังภาวะไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกินระยะเวลาของการประคบ เช่น อาการผื่น อาการชา อาการคัน หรืออาการเย็นเกินมีผลต่อผิวหนังได้ (Chia-Chi, Chiu-Chu, Wei-Jing, & Wei-Ta, 2013) ซึ่งนวัตกรรมดังกล่าวเป็นต้นแบบของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตาของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้

จากข้อมูลสถิติของหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ฯ มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ ผ่าตัดแก้ไขปัญหาที่หน้าตาอุดตันในปี พ.ศ. 2563-2565 ทั้งหมดจำนวน 14, 71 และ 114 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์, 2565) ช่วงอายุผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอยู่ในช่วง 21-92 ปี ข้อมูลสถิติระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565 พบว่าหลังผ่าตัดเกิดภาวะเลือดออก จำเป็นต้อง Pack vaseline gauze จำนวน 8 ราย และผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สุขสบายจากอาการปวดระดับปานกลาง Pain score 4-6 คะแนน จำนวน 85 ราย รวมทั้งผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกมีระดับความรู้สึกตัวไม่คงที่ และอาจพบอาการกระวนกระวาย ดิ้นไปมาในระหว่างสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น (Recovery room) จึงส่งผลให้การพยาบาลประคบเย็นในลักษณะเดิมนั้นมีรูปแบบเป็นเจลสำเร็จรูป ขนาด 12 ซม. x 26 ซม. ไม่ได้ตำแหน่งที่ต้องการประคบเย็นและไม่มีกำหนดระยะเวลาการประคบเย็นที่ชัดเจนในการให้การพยาบาลหลังการผ่าตัดแก้ไขที่หน้าตาอุดตัน

พยาบาลวิสัญญีจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก เฝาระวังภาวะเลือดออกและความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวด และการประคบเย็นอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นปัญหาความสำคัญและนำมาพัฒนานวัตกรรมการประคบเย็นสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแก้ไขที่หน้าตาอุดตันเพื่อลดป้องกันเลือดออก ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยบทบาทอิสระ เพราะพยาบาลสามารถพัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้เอง เช่น นวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” เพื่อใช้ในผู้ป่วยข้อไหลืดช่วยให้การเคลื่อนไหวของข้อไหลืดดีขึ้น (ฐิติมา หมอทรัพย์ และวิชุดา กลิ่นหอม, 2565) ผู้ศึกษาจึงพัฒนานวัตกรรม “เจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา (Miracle cryo gel reduce acute pain and prevent bleeding post eyes surgery)” โดยมีขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมดังนี้

การพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนานวัตกรรม “เจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา (Miracle cryo gel reduce acute pain and prevent bleeding post eyes surgery)” เพื่อการประคบเย็นอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแก้ไขที่หน้าตาอุดตัน เป็นกระบวนการเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยพัฒนาปรับปรุงตัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้นทำให้ได้เครื่องมือในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลภายใต้



แนวคิดของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice: EBP) (Melnyk, et al., 2010) การพัฒนานวัตกรรมนี้ใช้กระบวนการ PDSA (Plan, Do, Study and Act) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างนวัตกรรม (Innovation framework) (วารุณี พันธุ์แพง, เมธินี วงศ์วานิชรัมย์ภกาภรณ์, พนิต เข้มทอง, และปานเทพ ลากเพชร, 2560) โดยในขั้นตอนแรก คือหลังจาก ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบรรเทาความปวดรอบดวงตาแล้วนำมาใช้ในการวางแผน (Plan) ประกอบด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ สิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้นวัตกรรมที่สร้างขึ้น การคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้นวัตกรรมและผู้เกี่ยวข้อง จากนั้นออกแบบและสร้างนวัตกรรมให้เหมาะสม สอดคล้องตามความต้องการ สำหรับขั้นตอนที่สอง คือการทำ (Do) เป็นการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ บันทึกขั้นตอนกระบวนการต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่พบ แล้ววิเคราะห์ข้อมูลที่มี ในขั้นตอนที่สามเป็นการศึกษา (Study) เป็นการรวบรวมปัญหาเพิ่มเติม

และแก้ปัญหาที่พบ ในขั้นตอนสุดท้ายคือการลงมือปฏิบัติ (Act) เป็นการปรับแก้ไขกระบวนการและนำนวัตกรรมไปใช้ใหม่ (Re-implementation)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. แนวคิดในการปฏิบัติ

ผู้ศึกษาพัฒนานวัตกรรมยึดหลักการของการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาอุดตันเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลจะดำเนินการตามขั้นตอน คำนึงถึงความประหยัดและคุ้มค่า โดยสร้างชิ้นงาน ที่ได้มาตรฐาน ถูกต้องตามหลักวิชาการ สอดคล้องกับบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ

2. การปฏิบัติแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ที่ สอดคล้องกับกระบวนการ PDSA ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและวิธีการประคบเย็นรูปแบบเดิมในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาอุดตัน



ภาพที่ 1 แสดงการประคบเย็นรูปแบบเดิมในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาอุดตัน
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม

ขั้นตอนที่ 2 จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประคบเย็นในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บบริเวณเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดควรได้รับการประคบเย็นภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก (ปิยะนันท์ อนันต๊ะยศ, 2564) ระยะเวลาของการประคบเย็น 15-20 นาที กำหนดระยะเวลาการประคบแต่ละครั้งไม่เกิน 20 นาที ห่างกัน 1 ชั่วโมง (เจ็จจันท์ เจริญภักดี และ วิฑูรย์ หอมลา, 2564) รูปแบบนวัตกรรมควรมีน้ำหนักเหมาะกับตำแหน่งที่ประคบเย็น ขนาดเจลประคบเย็นสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตาขนาด 7 ซม. x 4 ซม. x 2 ซม. ควรห่อด้วยพลาสติกโดยมีการควบคุมความเย็นให้คงที่และป้องกันความเสี่ยงการสัมผัสของเจลเย็น ที่อาจจะรบกวนระทบผิวหนัง (Zhuo & Qin,



ภาพที่ 2 แสดงการทดลองการพัฒนาเจลประคบเย็นตามขนาดและน้ำหนักที่แตกต่างกัน
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ศึกษาทบทวนผลการทดลองขั้นตอนที่ 2 และหาวัสดุที่ตรงวัตถุประสงค์ คือ มีความยืดหยุ่น ไม่กดทับบริเวณตำแหน่งที่ประคบเย็น และขนาดรูปร่างที่เหมาะสม อีกทั้งการคงอยู่ของเจลประคบเย็นให้ตรงตำแหน่งตามระยะเวลาที่เหมาะสมซึ่งในการพัฒนานวัตกรรมใช้วิธีการประคบรอบละ 20 นาที (อมรลักษณ์ เทพบุตร และเกศกัญญา

2016) ทำให้ผู้ศึกษาได้ทบทวนพยาธิสรีระของท่อน้ำตา และการผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาอุดตันเพื่อผลิตเจลประคบเย็นให้มีขนาด รูปร่างที่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ต้องการประคบ โดยทำการทดลองวัสดุอุปกรณ์จากสิ่งเหลือใช้ เช่น ถังหุ้มน้ำเกลือชนิดหนา ถังน้ำเกลือที่ใช้แล้วในระบบปราศจากเชื้อ ถุงพลาสติกที่เหลือใช้ เจลเย็นแช่ยาและเวชภัณฑ์ในห้องผ่าตัด โดยทำการทดลองน้ำหนักของเจลที่มีผลต่ออุณหภูมิตามขนาดและน้ำหนักที่แตกต่างกัน โดยเปรียบเทียบกับเจลสำเร็จรูปมีขนาด 12 ซม. x 26 ซม. x 2 ซม. มีน้ำหนัก 329.6 กรัม ซึ่งพบว่าการทดลองขนาด น้ำหนัก การเก็บรักษาอุณหภูมิตั้งแต่เริ่มต้นถึง 1 ชั่วโมง



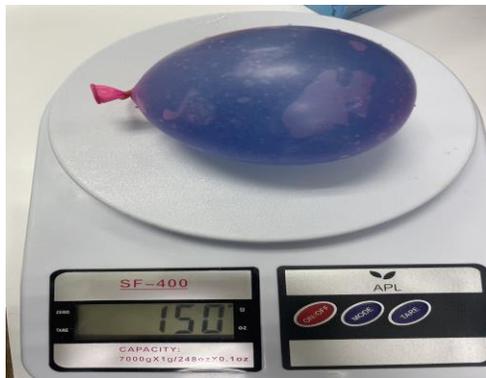
ภาพที่ 3 แสดงเครื่องมือวัดอุณหภูมิตู้เย็นยาที่ได้รับการตรวจสอบการทำงานประจำปี และได้รับมาตรฐาน
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม

ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม

สัพพะเลข, 2559) จึงทดลองนำลูกโป่งขนาดเล็กและนำเจลเย็นแช่ยาและเวชภัณฑ์ที่เหลือใช้ใส่ในลูกโป่งปรับลดน้ำหนักจาก “200 กรัม” เป็น “150 กรัม” และทำการแช่เย็นในตู้เย็นช่องธรรมดาระยะเวลา 2 ชั่วโมงระยะเวลาเท่ากับการทดลองขั้นตอนที่ 1 โดยใช้เครื่องมือวัดอุณหภูมิตู้เย็นยาที่ได้รับการตรวจสอบการทำงานได้รับมาตรฐาน ผู้ศึกษาได้

พัฒนาต่อในเรื่องของการทรงตัวของเจลลูกโป่ง กระจกบดเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกตัวระดับความรู้สึกตัวไม่คงที่ ดันไปมา ทำให้การ กระจกบดไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรงพยาบาล เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นโรงพยาบาลที่มีความโดดเด่นเรื่องดวงตาทำให้ผู้ศึกษาได้สังเกตเห็น Eye shield ที่ใช้สำหรับปิดตาผู้ป่วยที่มีลักษณะโค้ง กระจกบด ลูกโป่งพองดี และใช้อย่างยืดที่มีความ ยืดหยุ่น นิ่ม และไม่กดทับตำแหน่งศีรษะเป็นตัวช่วย ในการพองไม่ทำให้ เจลเลื่อนหลุดออกจากตำแหน่งที่ กระจกบด และเมื่อทำการทดลองวัดอุณหภูมิลูกโป่ง พบว่าสามารถรักษาอุณหภูมิได้ไม่แตกต่างกับเจล สำเร็จรูปในขณะที่แช่ในตู้เย็นช่องธรรมดาแต่ยังมีการ ระเหยเป็นน้ำเมื่อวางผิวสัมผัสจึงนำผ้าก๊อซขนาด 4 ซม. x 4 ซม. วางบนผิวสัมผัสเพื่อป้องกันน้ำที่ถูก ระเหยโดนแผลผ่าตัดพบว่าไม่สามารถเก็บอุณหภูมิได้ บริเวณที่ กระจกบดอุณหภูมิแตกต่างจากเจล

สำเร็จรูปอย่างมาก ผู้ศึกษาคิดหาวัสดุเพิ่มเติมที่ สามารถคงอุณหภูมิได้และกันน้ำสู่วิวสัมผัสจึงใช้ พอลิเอทิลีนห่อลูกโป่งที่ใส่เจล และทำการทดลองซ้ำ แบบเดิมพบว่าเมื่อห่อพอลิเอทิลีนอุณหภูมิยังคงที่ไม่เกิน 15 องศาเซลเซียส (อมรลักษณ์ เทพบุตร และ เกศกัญญา สัพพะเลข, 2559) ผลของการทดลอง การเก็บรักษาอุณหภูมิของเจลกระจกบดในลูกโป่ง ตามตารางที่ 1 เนื่องจากอุปกรณ์การกระจกบดเป็น อุปกรณ์หมุนเวียนมีการนำกลับมาใช้ซ้ำ จึงจำเป็น อย่งยิ่งในเรื่องของการทำความสะอาดเพื่อป้องกัน อุปกรณ์สัมผัสผิวผู้ป่วยจึงนำแผ่นพลาสติกบางมา ห่อหุ้ม ยึดท่อด้านนอกของเจลที่สัมผัสผิวผู้ป่วยแต่ละ รายเมื่อเสร็จสิ้นการใช้งานแต่ละครั้งจะทำการทิ้ง ทิ้งที่ และเพื่อป้องกันการกระจกบดเวลาจึงมี นาฬิกาจับเวลาระหว่างการให้การพยาบาลและมี แนวทางการกระจกบดให้มีประสิทธิภาพต่อไป



ภาพที่ 4 แสดงการชั่งเจลในลูกโป่ง 150 g
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม



ภาพที่ 5 แสดงอุปกรณ์พองเจลลูกโป่ง และนาฬิกาจับเวลา
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ศึกษาทบทวนผลการวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 3 เพื่อมาปรับปรุงร่าง น้ำหนักของเจลประคบเย็นจึงนำแผ่นพลาสติกบางยืดถนอมอาหารทดลองห่อเจลเพราะจากลักษณะพลาสติกไม่หนาและมีความยืดหยุ่นคล้ายลูกโป่ง ปรับลดปริมาณเจลที่ 100 กรัม และนำไปแช่ตู้เย็นช่องธรรมดา ระยะเวลา 2 ชั่วโมงเช่นกัน ผลของการทดลองการเก็บรักษาอุณหภูมิของเจลประคบเย็นตามตารางที่ 1 พบว่าเจลที่ห่อยืดถนอมอาหารมีความยืดหยุ่น ไม่แข็งและยังสามารถจัดรูปร่างเจลตามขนาดที่ต้องการจึงทำเป็นลักษณะรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าขนาด 7 ซม. x 4 ซม. x 2 ซม. (Zhuo & Qin, 2016) และห่อด้านนอกเจลเย็นด้วยผ้ากั้นน้ำเหลือใช้จากห้องผ่าตัด โดยผ้ากั้นน้ำ



ภาพที่ 6 แสดงขั้นตอนการเตรียมเจล 100 กรัม
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม



ภาพที่ 8 แสดงการประดิษฐ์เจลและถุงใส่เจล
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม

จะนำมาห่อเช้ทผ่าตัดทางผู้ศึกษาจึงได้นำส่วนที่สะอาดปราศจากเชื้อมาทำการพัฒนานวัตกรรมรวมถึงปรับปรุงกรณีในการช่วยพุงเจล ประคบเย็นเป็นปลอกกรองเจลที่เย็บติดกับยางยืดโดยเป็นผ้า UV Silver coat แบบหนา 210 สามารถควบคุมความเย็นได้ ราคา 29 บาท ต่อ 1.5 เมตร สามารถตัดเย็บได้ถึง 30 ชิ้น และเมื่อเสร็จสิ้นการใช้งานให้กับผู้รับบริการแต่ละรายจะทำการส่งทำความสะอาดฆ่าเชื้อโดยกรรมวิธี การอบ EO ซึ่งใช้ในการทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ EO เป็นสารเคมีที่สามารถทำลายเชื้อจุลชีพ และสปอร์ของเชื้อแบคทีเรีย และเป็นมาตรฐานของหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)



ภาพที่ 7 แสดงผ้ากั้นน้ำเหลือใช้จากห้องผ่าตัด โดยนำมาตัดเย็บเป็นถุงใส่เจล
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม



ภาพที่ 9 แสดงการนำผ้า UV Silver Coat เย็บกับยางยืดเพื่อให้พุงเจลเย็น และมีช่องสำหรับใส่เจลที่ประดิษฐ์ขึ้น
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มาคุ้ม



ภาพที่ 10 แสดงอุปกรณ์ในการประคบเย็น โดยมีนาฬิกาจับเวลาระหว่างการประคบ
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มากุ้ม



ภาพที่ 11 แสดงการทดลองใช้เจลประคบเย็น
ที่มาภาพ : นางจุฑามาศ มากุ้ม

ขั้นตอนที่ 5 สร้างแนวทางปฏิบัติการใช้เจลประคบเย็นในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาอุดตัน โดยการประคบเย็นเป็นการให้การพยาบาลต่อเนื้อที่ห้องพักฟื้นหลังจากผ่าตัดเสร็จสิ้นเพื่อลดอาการปวดและเลือดออกบริเวณผ่าตัด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงกำหนดระยะเวลาการประคบเย็นในห้องพักฟื้นตามการทบทวนวรรณกรรม โดยประคบเย็น 20 นาที พัก 10 นาที และประคบต่ออีก 20 นาที นั่นคือ 1 รอบของการประคบเย็นและมีการจับเวลาทุกครั้งที่ทำกรประคบเย็น เมื่อประคบเย็นครบ 20 นาทีแรก สามารถเปลี่ยนเจลหรือนำไปแช่เย็นในตู้เย็นช่องธรรมดา และสิ่งสำคัญระหว่างการประคบเย็นเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากความเย็น เช่น ผื่น

แดง คัน หรือตุ่มพอง เมื่อมีอาการให้รีบหยุดประคบเย็นทันที ทำผิวหนังให้อุ่นขึ้นและรีบรายงานแพทย์ทันที

การดำเนินการใช้นวัตกรรมกับผู้ป่วย

เมื่อนำนวัตกรรมไปใช้กับผู้ป่วย ผู้ศึกษาแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการใช้นวัตกรรมและขอความร่วมมือจากแพทย์เจ้าของไข้ หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน และกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงกระบวนการใช้นวัตกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง และให้สิทธิในการปฏิเสธการใช้นวัตกรรม ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายยินดีที่จะใช้นวัตกรรมเพื่อลดความปวดและป้องกันเลือดออกภายหลังผ่าตัดครั้งนี้

ตารางที่ 1 แสดงผลอุณหภูมิของการทดลอง

วัสดุ	ระยะเวลาของการคงที่อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)					
	5 นาที	10 นาที	15 นาที	20 นาที	30 นาที	1 ชั่วโมง
1. เจลประคบเย็นฟิล์มห่ออาหาร 100 g	7.8	7.7	6.2	6.3	7.2	7.5
2. เจลประคบเย็นฟิล์มห่ออาหาร 100 g ห่อผ้ากั้นน้ำ	5.5	4.7	4.7	5.1	5.4	6.8
3. เจลประคบเย็นฟิล์มห่ออาหาร 100 g ห่อผ้ากั้นน้ำ ใส่ปลอกกรองเจลประคบเย็นผู้รับบริการ	7.0	6.4	5.3	4.8	4.8	5.2

ผลของการใช้นวัตกรรม “เจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา”

การเก็บรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการการให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแก้ไขปัญหาท่อน้ำตาอุดตันที่ได้รับการทดลองใช้นวัตกรรมเจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา ระหว่างวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2566 - วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จำนวน 20 ราย พบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลเพศ เป็นเพศชายจำนวน 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 25) เพศหญิงจำนวน 15 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75)
2. ข้อมูลอายุประกอบด้วย อายุ 20-40 ปี จำนวน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30) อายุ 41-60 ปี จำนวน 8 ราย (คิดเป็นร้อยละ 40) และอายุ 61-80 ปี จำนวน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30)
3. ชนิดการผ่าตัด พบว่า การผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาข้างขวาอุดตันแบบส่องกล้อง (Endoscopic dacryocystorhinostomy right eye) จำนวน 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 35) การผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาข้างซ้ายอุดตันแบบส่องกล้อง (Endoscopic dacryocystorhinostomy left eye) จำนวน 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20) การผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาทั้งสองข้างอุดตันแบบส่องกล้อง (Endoscopic dacryocystorhinostomy both eyes) จำนวน 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 15) การผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาข้างขวาอุดตันแบบแผลเปิด (External dacryocystorhinostomy right eye) จำนวน 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20) การผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาข้างซ้ายอุดตันแบบแผลเปิด (External dacryocystorhinostomy left eye) จำนวน 1 ราย (คิดเป็นร้อยละ 5) และการ

ผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาทั้งสองข้างอุดตันแบบแผลเปิด (External dacryocystorhinostomy both eyes) จำนวน 1 ราย (คิดเป็นร้อยละ 5)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้นวัตกรรม

1. ระดับ Pain score ก่อนการใช้นวัตกรรม พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาอุดตันที่ห้องพักฟื้นพบระดับความปวดดังนี้ ปวดระดับเล็กน้อย ระดับคะแนน 1-3 คะแนน จำนวน 8 ราย (คิดเป็นร้อยละ 40) ปวดระดับปานกลาง ระดับคะแนน 4-6 คะแนน จำนวน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30) และปวดมาก ระดับคะแนน 7-9 คะแนน จำนวน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30)

2. การได้รับยาบรรเทาอาการปวดในห้องพักฟื้น พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด จำนวน 9 ราย (คิดเป็นร้อยละ 45) ได้รับยาบรรเทาอาการปวด Fentanyl 25 ไมโครกรัม จำนวน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30) และได้รับยาบรรเทาอาการปวด Fentanyl 50 ไมโครกรัม จำนวน 12 ราย (คิดเป็นร้อยละ 25)

3. ภาวะเลือดออกบริเวณผ่าตัดในผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาอุดตันในห้องพักฟื้น พบว่า ไม่มีภาวะเลือดออกบริเวณบาดแผล จำนวน 15 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75) และพบภาวะเลือดออกบริเวณบาดแผลผ่าตัดได้รับการ Pack gauze ผสม Adrenaline 1 ขวด จำนวน 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 25)

4. ระดับ Pain score หลังการใช้นวัตกรรม “เจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา” พบว่า ระดับเจ็บปวดอยู่ในระดับเล็กน้อยจำนวน 20 ราย โดยแบ่งออกเป็นระดับคะแนน 0 คะแนน จำนวน 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20) ระดับคะแนน 1 คะแนน 13 ราย (คิดเป็นร้อยละ 65)



และระดับคะแนน 2 คะแนน จำนวน 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 15)

5. ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดภายในห้อง 24 ชั่วโมง พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 20 ราย (คิดเป็นร้อยละ 100) ที่ไม่มีภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด

ผลการประเมินความพึงพอใจในนวัตกรรมเจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา

การเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแก้ไขปัญหาต้อน้ำตาอุดตัน ที่ได้รับการทดลองใช้นวัตกรรมเจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา ระหว่างวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2566 - วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขต้อน้ำตาอุดตันจำนวน 8 ราย การประเมินความพึงพอใจในนวัตกรรมเจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา (Miracle cryo gel reduce acute pain and prevent bleeding post eyes surgery) พบว่า ด้านคุณภาพนวัตกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =4.47, S.D.=0.45) ด้านการใช้งาน ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.69, S.D.=0.50) ด้านการทำความสะอาด ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.69, S.D.=0.46)

การอภิปรายผลการศึกษา

นวัตกรรมเจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา (Miracle cryo gel reduce acute pain and prevent bleeding

post eyes surgery) เป็นที่ยอมรับของหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญีสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้จริง และได้รับความร่วมมือจากแพทย์เจ้าของไข้ วิสัญญีแพทย์ หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล และเพื่อนร่วมงานในการประสานงานกับหอผู้ป่วย โดยไม่ต้องนำเจลเย็นชนิดเดิมมาห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการสูญหาย กระบวนการในการประคบเย็นมีแนวทางที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด ประโยชน์สูงสุดคือผู้ป่วยได้รับการดูแลในการประคบเย็นเพื่อลดอาการปวด และป้องกันเลือดออกบริเวณผ่าตัดอีกด้วย ทั้งนี้ผู้พัฒนานวัตกรรมยังมีประเด็นที่ต้องตระหนักและพัฒนางานนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น ควรจัดทำนวัตกรรมนี้เพื่อให้ผู้ป่วยหาซื้อได้ง่ายขึ้น วิธีการทำความสะอาดที่เหมาะสม สายรัดควรมีความยืดหยุ่นในการทำงาน เนื่องจากศีรษะของผู้ใช้งานมีหลายขนาด รวมทั้งการปรับสายรัดให้เหมาะสมกับโครงหน้าผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด และสายรัดที่เป็นยางยืดเพื่อให้ปรับระดับความสั้นยาวได้ ด้านรูปแบบนวัตกรรมมีรูปร่างน้ำหนัก ขนาดเจลประคบเย็นสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตาขนาด 7 ซม. x 4 ซม. x 2 ซม. และห่อด้วยพลาสติกโดยมีการควบคุมความเย็นให้คงที่และป้องกันความเสี่ยงการสัมผัสของเจลเย็นที่อาจจะรั่วกระทบผิวหนัง สอดคล้องของ Zhuo & Wang (2016) ที่ได้ศึกษาการประคบน้ำแข็งหลังช่วยลดอาการบวมและปวดหลังการผ่าตัดการกลอกดวงตา องค์ประกอบของงานนวัตกรรมในเรื่องของการคงที่ของอุณหภูมิเจลประคบเย็นไม่ควรต่ำกว่า 1 องศาเซลเซียส สอดคล้องของเจ้อจันท์ เจริญภักดี และวิฑูรย์ หอมลา (2564) ที่ได้ศึกษานวัตกรรมแผ่นประคบเย็นสุดแจ้วเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วย



ผ้าตัดกระดูก An innovative “Wonder Cold Pad for pain relief” การรักษาอุณหภูมิของนวัตกรรมคงที่ระหว่าง 10-15 °C ระยะเวลาของการประคบเย็นที่มีประสิทธิภาพให้ประคบครั้งละ 10-20 นาที สลับกับการหยุดพัก 10-20 นาที ในช่วง เวลา 48-72 ชั่วโมงหลังได้รับบาดเจ็บหรือศัลยกรรมสอดคล้องของอัมรลักษณ์ เทพบุตร และเกศกัญญา สัพพะเลข (2559) ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยศัลยกรรมช่องปากต่อการประคบเย็นด้วยเจลเก็บรักษาอุณหภูมิ และต้องเฝ้าระวังเรื่องภาวะไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกินระยะเวลาของการประคบ เช่น อาการผื่น อาการชา อาการคัน หรือ อาการเย็นเกินมีผลต่อผิวหนังได้ ในการศึกษาทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งหมด 20 ราย ยังไม่พบผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ตามอาการที่สอดคล้องของ Chia-Chi Kuo; Chiu-Chu Lin; Wei-Jing Lee; Wei-Ta Huang (2013) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลด้านการบวมและการใช้ยาแก้ปวดของระยะเวลาการรักษาด้วยการประคบด้วยน้ำแข็งที่แตกต่างกัน 3 แบบ : การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมในรายที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน คะแนนความปวดก่อนการใช้นวัตกรรมพบว่าผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัดแก้ไขท่อไต่ตาอุดตันที่ห้องพักฟื้นพบระดับความปวดดังนี้ ปวดระดับเล็กน้อย ระดับคะแนน 1-3 คะแนน จำนวน 8 ราย (คิดเป็นร้อยละ 40) ปวดระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 4-6 คะแนน จำนวน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30) และปวดมาก ระดับคะแนน 7-9 คะแนน จำนวน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30) สอดคล้องของ Ida Barca; Walter Colangeli; Maria Giulia Cristofaro, Amerigo Giudice; Elio Giofrè, Anna Varano; Mario Giudice (2016) ที่ได้ศึกษาการผลของการบำบัดด้วยความเย็นในการรักษากระดูกหักมุมกลางโดยใช้ระบบอัลเทอร์มเทียบกับถุงน้ำแข็ง

ข้อเสนอแนะหลังนำเสนอผลงาน

จากการนำเสนองานนวัตกรรมให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณา มีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

1. ควรพิจารณาทำคู่มือการใช้งานนวัตกรรมเจลเย็นมหัศจรรย์ ลดปวดฉับพลันและป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดตา (Miracle cryo gel reduce acute pain and prevent bleeding post eyes surgery) ในหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
2. หากพัฒนาเป็นงานวิจัยควรพิจารณา กำหนดการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้นวัตกรรมเพิ่มเติมอย่างชัดเจน
3. หากพัฒนาเป็นงานวิจัยต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษา เช่น แพทย์ผู้ผ่าตัดที่มีแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ระยะเวลาการผ่าตัด รวมถึงชนิดการผ่าตัดที่มีความแตกต่างอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กนกรัตน์ ชุ่มภิรมย์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการอดทนซ้ำหลังการผ่าตัดแก้ไขท่อน้ำตาอุดตัน. *จักษุเวชสาร*, 33(1), 19-26.
- กรกนก เสงส์สวัสดิ์. (2564). การศึกษาประสิทธิผลของการประคบผิวหนังด้วยเจลเย็นต่อการลดความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันขณะทำการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง. *วิสัญญีสาร*, 47(1), 10-15.
- เจือจันทร์ เจริญภักดี และวิฑูรย์ หอมลา. (2564). นวัตกรรมแผ่นประคบเย็นสุดแจ้วเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก. *วารสารพยาบาล*, 70(3), 20-28.
- ฐิติมา หมอทรัพย์ และวิชุดา กลิ่นหอม. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ต่อองค์การเคลื่อนไหวข้อไหล่ อาการปวดไหล่ และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 9(1), 1-19.
- ปิยะนันท์ อนันต์ตะยศ. (2564). ผลการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นต่อการลดความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัส. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 6(3), 48-51.
- ปรานอม เนาว์สุวรรณ. (2561). การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการแพทย์เขต*, 11, 32(3), 1121-1130.
- พจิภัทร อนุราชเสนา. (2562). ระยะเวลาการประคบเย็นต่อการลดความเจ็บปวดและการลดภาวะเลือดออกบริเวณที่ฉีดโบทูลินูมทอกซินชนิด A ของผู้ป่วยใบหน้ากระดูกครึ่งซีก. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 36(1), 25-31.
- โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). (2565). สถิติโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). หน่วยงานวิสัญญี.
นครปฐม: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).
- วารุณี พันธุ์แพง, เมธินี วงศ์วานิชรัมย์ภากาภรณ์, พนิต เข็มทอง, และปานเทพ ลาภเกษร. (2560). การสร้างแบบวัดความรู้ความเข้าใจสำหรับผู้เข้าอบรมหลักสูตร Hospital Accreditation พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (HA 201) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*, 32(3), 63-69.
- อมรลักษณ์ เทพบุตร และเกศกัญญา สัพพะเลข. (2559). ความพึงพอใจของผู้ป่วยศัลยกรรมช่องปากต่อการประคบเย็นด้วยเจลเก็บรักษาอุณหภูมิ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 9(2), 119-131.
- Ide B., Walter C., Maria G. C., Amerige G., Elio G., Anna V., & Mario G. (2016). Effects of cold therapy in the treatment of mandibular angle fractures: Hilotherm system vs ice bag. *Ann Ital Chir*, 87(5), 411-416.
- Kuo, C. C., Lin, C. C., Lee, W. J., & Huang, W. T. (2013). Comparing the antismelling and analgesic effects of three different ice pack therapy durations: A randomized controlled trial on cases with soft tissue injuries. *Journal of Nursing Research*, 21(3), 186-193.



- Li, Z., & Wang, Q. (2016). Ice compresses aid the reduction of swelling and pain after scleral buckling surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), 3261-3265. doi: 10.1111/jocn.13362.
- Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J. (2015). Mechanisms and efficacy of heat and cold therapies for musculoskeletal injury. *Postgraduate medicine*, 127(1), 57-65. doi: 10.1080/00325481.2015.992719.
- Modabber, A., Rana, M., Ghassemi, A., Gerressen, M., Gellrich, N. C., Hölzle, F., & Rana, M. (2013). Three-dimensional evaluation of postoperative swelling in treatment of zygomatic bone fractures using two different cooling therapy methods: a randomized, observer-blind, prospective study. *Trials*, 14(1), 1-10. DOI: 10.1186/1745-6215-14-238.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice: Step by step: the seven steps of evidence-based practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53.
- Muaddi, H., Lillie, E., Silva, S., Cross, J. L., Ladha, K., Choi, S., Mocon, A. & Karanicolas, P. (2023). The Effect of Cryotherapy Application on postoperative pain: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgery*, 277(2), e257-e265. doi: 10.1097/SLA.0000000000004987.
- Zhuo Li & Qin Wang. (2016). Ice compresses aid the reduction of swelling and pain after scleral buckling surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), 3261-3263.

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต: กรณีศึกษา

กรรณิกา ศิริแสน* สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระวางการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และจัดการให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วที่สุดในเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับภาวะเปลี่ยนผ่านตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะฟื้นฟู บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ครอบคลุมการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยนำแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลางมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับผู้ป่วยเฉพาะบุคคล ซึ่งการบำบัดทางการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ และการใช้บทบาทเสริมในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าสู่สภาวะใหม่ สามารถดูแลตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้

คำสำคัญ: ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ, ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน, หอผู้ป่วยวิกฤต, กรณีศึกษา

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566 หน้า 50-68

* นักศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แขนงวิกฤตและเฉียบพลัน
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author, e-mail: Kannika_sirisaen_bch@outlook.com, Tel. 087-241-0863

วันที่รับบทความ: 15 มีนาคม 2566, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 10 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับบทความ: 15 มิถุนายน 2566



The Application of Transitions Theory in Patients after Coronary Artery Bypass Grafting in the Intensive Care Unit: A Case Study

Kannika Sirisaen* Suchira Chaiviboontham**

Abstract

Post coronary artery bypass grafting (CABG) patients are considered to be living critical lives. The patients face multiple transitions, from the pre-operation period to the recovery period. The advanced practice nurse plays an important role in the planning of care, closely monitoring changes in the intensive care unit to prevent complications and manage the patient's recovery as soon as possible in a timely manner. Patients, therefore, face a transition from the preoperative stage to the recovery stage. This paper aims to report a case study of patient post CABG in an ICU using the concept of transition theory, a middle-range theory, into practice for personalized care. The nursing therapeutics include assessment of a person's readiness for transitions, the preparation for transition to a new state, and the use of complementary roles in providing critical care to the patient. This could help patients and their families enter to a new state with the ability to take care of themselves and have sustainable behavior modification.

Keywords: Coronary artery bypass grafting, CABG, Transitions theory, Intensive care unit, Case study

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(1), 50-68

* Diplomate Candidate, Board Certified Training Program in Adult and Gerontological Nursing, Acute and Critical care branch, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Corresponding author, e-mail: Kannika_sirisaen@hotmail.com, Tel. 087-241-0863

Received: 15 March 2023, Revised: 10 June 2023, Accepted: 15 June 2023



บทนำ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการ ตีบแคบ หรือ อุดตัน จะส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ จากรายงานสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ 2560-2564 มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดต่อประชากร 100,000 คน 31.82, 31.78, 31.36, 32.57 และ 33.54 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง (Strategy and planning division office of the permanent secretary, 2022) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting: CABG) เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ใช้วิธีการผ่าตัดหัวใจหรือหลอดเลือดแดงใหญ่ที่อยู่ใกล้หัวใจ โดยใช้หลอดเลือดดำหรือแดงมาทำทางเบี่ยงจาก Aorta ผ่านบริเวณที่อุดตันไปยัง Coronary artery บริเวณที่ Distal ต่อกับหลอดเลือดที่อุดตันนั้น ในบางครั้งจะมีการใช้ เครื่องหัวใจและปอดเทียม ทำหน้าที่แทนหัวใจและปอดในขณะที่ผ่าตัด ถึงแม้หัวใจหยุดเต้น แต่อวัยวะที่สำคัญได้แก่ สมอง ไต และตับยังคงได้รับเลือดอย่างเพียงพอ เป็นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงร่วมกับการใช้ยาที่ควบคุมรักษาโรคร่วมและโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับยาในกลุ่มความเสี่ยสูง ได้แก่ ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ เป็นปัจจัยส่งเสริมที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้มีความรุนแรงซับซ้อนมากขึ้น มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

ผู้ป่วยผ่าตัด CABG เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเข้าสู่ภาวะวิกฤต พยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะและความรู้ ด้านการดูแลรักษาพยาบาลที่ควบคู่ไปกับแผนการรักษาที่ปรับเปลี่ยนตลอดเวลา

ผู้เขียนได้ใช้บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และนำแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ และการใช้บทบาทเสริมในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านในสถานการณ์นั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG เนื้อหาทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านกับกรณีศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีกระบวนการรับรู้เข้าใจกับสถานการณ์สามารถเปลี่ยนผ่านไปได้เหมาะสม

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transitions theory)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลาง (Middle range theory) ระบุว่าในกระบวนการเปลี่ยนผ่านนั้น บุคคลต้องมีความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นกับตน (Awareness) ยอมรับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง (Engagement) เปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น (Change and difference) ซึ่งเป็นเหตุการณ์สำคัญ (Critical points and events) หากบุคคลทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน มีการเตรียมตัวที่ดี จะทำให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้โดยง่าย เกิดผลลัพธ์ดีต่อสุขภาพและเกิดความผาสุก พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านระยะการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพไปได้ (Meleis, 2000;



Meleis, 2015) ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สิ่งกระตุ้นของการเปลี่ยนผ่าน (Transition of trigger)

1.1 การเปลี่ยนผ่านตามพัฒนาการ (Developmental) เมลิสได้อธิบายว่า (Meleis, 2015) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามช่วงชีวิตของบุคคล ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามอายุ การเข้าสู่วัยรุ่น วัยสูงอายุ วัยหมดประจำเดือน

1.2 การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในชีวิตส่งผลกระทบต่อบุคคลในการดูแลสุขภาพ เช่น การเข้ารับการรักษาหรือออกจากโรงพยาบาลหรือสถานฟื้นฟูสภาพร่างกาย

1.3 การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ (Health-illness) เป็นการเปลี่ยนผ่านของสุขภาพหรือสถานการณ์การเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยหรือกระบวนการดูแลรักษาที่มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่

1.4 การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (Organization) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในองค์กร (Schumacher & Meleis, 1994) การเปลี่ยนแปลงการใช้เครื่องอิเล็กทรอนิกส์บันทึกสุขภาพที่มีระบบการดูแลที่แตกต่างกัน การใช้เทคโนโลยีใหม่ทั่วองค์กร อาจเกิดผลกระทบกับบุคคลภายในองค์กรรวมทั้งผู้รับบริการ (Meleis, 2015)

2 คุณสมบัติของการเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition)

2.1 ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Time span) การระบุจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนผ่าน

สู่ระยะของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะใหม่เกิดการรับรู้ของบุคคล อาจเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยมีการตัดสินใจเข้ารับการรักษา เป็นการเปลี่ยนผ่านไม่หยุดนิ่งเป้าหมายสุดท้ายอาจถูกกำหนดด้วยบุคคลได้รับการเป็นอยู่ที่ดีหรือได้รับคุณภาพชีวิตที่ต้องการ

2.2 กระบวนการเปลี่ยนผ่าน (Process) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้นคงที่ แต่ประสบการณ์ของการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นแบบพลวัตไม่หยุดนิ่ง เช่น ภาวะสับสนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นใหม่

2.3 ความไม่เชื่อมโยงของการเปลี่ยนผ่าน (Disconnectedness) เป็นการขัดต่อการเชื่อมโยงกับบางสิ่งบางอย่างอันมีผลต่อความรู้สึกมั่นคงของบุคคล อาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคลซึ่งต้องการสิ่งที่คุ้นเคยเพื่อรักษาความปลอดภัยของตนเองและอาจถูกรบกวนโดยผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับความคาดหวังในอนาคต

2.4 การตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน (Awareness) บุคคลมีการตระหนักรู้ต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นก่อน การตระหนักรู้สัมพันธ์กับการรับรู้และความรู้ที่เกี่ยวข้องทำให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาและอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่านได้

2.5 จุดวิกฤต (Critical Points) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นพร้อมกับภาวะวิกฤตของชีวิต อาจเป็นจุดเปลี่ยนของการเปลี่ยนผ่าน เช่น ความเจ็บป่วย การผ่าตัด การเกิด และการตาย เป็นต้น มีการประเมินและให้การดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

3. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Condition of change)

เป็นการตอบสนองด้านพฤติกรรมทั้งสังเกตได้และไม่สามารถสังเกตได้ในเวลาหนึ่ง อาจส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยความราบรื่นหรือมีอุปสรรค มีผลต่อประสบการณ์ที่ดีต่อ

สุขภาพและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย เจ็อนโซด้านบุคคล (Personal) ชุมชน (Community) สังคม (Social) และทั่วโลก (Global) (Meleis, 2015) ส่วนเจ็อนโซอื่นๆ การเปลี่ยนผ่านที่ดีเป็นไปด้วยความราบรื่นนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนจากคู่ครองและครอบครัว การได้รับการสนับสนุนของทรัพยากรที่เพียงพอ การได้รับข้อมูลจากบุคคลหรือจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ สิ่งที่ยับยั้งต่อการเปลี่ยนผ่านอาจขึ้นกับแหล่งข้อมูลหรือทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ บรรทัดฐานของชุมชน เช่น ความยากจน ค่านิยม ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ (Schumacher & Meleis, 1994; Hall, Stevens, & Meleis, 1994)

4. รูปแบบของการตอบสนอง (Pattern of response)

เป็นรูปแบบหรือตัวบ่งชี้ของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ รูปแบบของการดำเนินการ (Process) และรูปแบบของผลลัพธ์ (Outcome)

4.1 รูปแบบของการดำเนินการ ประกอบด้วย

4.1.1 การเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน (Engaging) การที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์ในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น มีการปฏิบัติตามตัวอย่าง การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม บุคคลต้องมีการตระหนักรู้ก่อน เพราะการตระหนักรู้มีอิทธิพลต่อการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน

4.1.2 สถานที่และการอยู่ในสถานการณ์นั้น (Location and being situated) ผู้ป่วยรู้ว่าตนอยู่ในสถานการณ์แบบใด มีอะไรหรือปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องบ้าง เช่น ทีมสุขภาพที่อยู่ในระบบของการดูแลเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นตัวกำหนดรูปแบบของการตอบสนองนี้

4.1.3 การแสวงหาและรับการสนับสนุน (Seeking and receiving support) เมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งที่มีมากระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง บุคคลจะมีการขอความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ที่บุคคลคาดหวังคือการได้รับการตอบสนองและทันเวลาในการแสวงหาการสนับสนุน

4.1.4 ความเชื่อมั่น (Acquiring confidence) บุคคลสามารถเผชิญการเปลี่ยนผ่านมีความเชื่อมั่นกับการจัดการกับสิ่งใหม่ สามารถระบุลำดับความสำคัญและการปรับตัวกับการเปลี่ยนผ่านได้

4.2 รูปแบบของผลลัพธ์ เปรียบเสมือนการประเมินผลของการดำเนินเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้หรือไม่ ประกอบด้วย

4.2.1 การมีความสามารถ (Mastery) การเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปอย่างสมบูรณ์ หรือประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในด้านทักษะประสบการณ์ในการแสวงหาและใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมเลือกสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน (Fex, Gullvi, Ik, & Soderhamn, 2010) เรียนรู้ที่จะรับมือกับเทคโนโลยีและปรับรูปแบบใหม่ การทำซ้ำๆ จะทำให้เกิดความเชี่ยวชาญ สามารถจัดการกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ (Meleis, 2015)

4.2.2 การหลอมรวมเป็นอัตลักษณ์ (Fluid integrative identity) เปรียบเสมือนบุคคลบูรณาการในการเปลี่ยนแปลงตนเองใหม่ สามารถปรับบทบาทใหม่ให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิต หากมีการเตรียมตัวที่ดีทำให้เกิดทักษะและประสบการณ์ที่ชำนาญ แสดงถึงบุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านโดยสมบูรณ์ (Meleis et al., 2000; Duggleby et al., 2010)

4.2.3 การมีปฏิสัมพันธ์เชิงสุขภาพ (Healthy interactions) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของครอบครัวอาจมาจากความเครียด การช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.4 การรับรู้ถึงความผาสุก (Perceived well-being) เป็นการแสดงถึงผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการควบคุมและจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความรู้สึกพอใจ และความรู้สึกมีพลังความสามารถขณะต้องเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนผ่าน

5. การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) เมลิส (Meleis, 2015) มองแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็นบทบาทและความสามารถของพยาบาลในการวางแผนบริหารจัดการทางการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะใหม่ได้

5.1 การชี้แจงบทบาท สมรรถนะ และการให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน (Clarify roles, competencies, and meaning) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจบทบาทในสถานะใหม่หรือเอกลักษณ์ใหม่ได้อย่างชัดเจน ส่งเสริมให้ความรู้และสร้างความตระหนักในสุขภาพตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป

5.2 การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่สำคัญของตนเอง (Identify milestones) โดยใช้เหตุการณ์สำคัญที่ผ่านมา สามารถแยกแยะเหตุการณ์สำคัญของตนเอง เช่น การมองเห็นและ

การตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ ได้

5.3 การระดมความช่วยเหลือสนับสนุน (Mobilize support) โดยสามารถถึงทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนต่างๆ มาใช้ เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านดีขึ้น

5.4 การอภิปรายซักถาม (Debrief) เป็นการพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับการเผชิญ การเปลี่ยนแปลงหรือการให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามย้อนกลับในสิ่งที่ยังสงสัย หรือยังไม่เข้าใจเพื่อให้เกิดความชัดเจน

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจุบันมีวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass grafting: CABG) 3 วิธี คือ 1) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม (conventional CABG) 2) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม (Off pump CABG: OPCAB) และ 3) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบ On pump beating heart ผ่าตัดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมแต่ไม่มีการหยุดการทำงานของหัวใจ (Wheatley, 2003) โดยมีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด CABG (Hillis, Smith, Anderson, Bittl, Bridges, Byrne et al., 2011) ดังนี้

1. มีการตีบตันที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีซ้าย (Left main disease) มากกว่าหรือเท่ากับ 50% (Class I)

2 หลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้นส่วนของ Proximal LAD มากกว่าหรือเท่ากับ 70% (Class IIa) หรือมีการตีบตันตำแหน่ง Proximal LAD and circumflex (Class I)

3. หลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น (Double vessel disease) ตำแหน่ง Proximal LAD มากกว่าหรือเท่ากับ 70% (Class I) หลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น

ร่วมกับมีการตีตันที่หลอดเลือดแดงใหญ่โคโรนารี (Major coronary artery) (Class IIa)

4. มีการตีตันหลอดเลือดแดงโคโรนารี 3 เส้น Triple-vessel disease มากกว่าหรือเท่ากับ 70% ตำแหน่งของ RCA, LAD และ Circumflex (Class IIa)

5. มีการตีตันส่วน Proximal LAD และ Proximal circumflex มากกว่าหรือเท่ากับ 70% (Class I) ร่วมกับมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย LVEF น้อยกว่า 50% (Class IIa)

ในบทความนี้ผู้เขียนนำเสนอเนื้อหาเฉพาะในส่วนการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม (Cardiopulmonary bypass: CPB) ทำหน้าที่แทนหัวใจและปอดขณะผ่าตัด ซึ่งเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยใช้หลอดเลือดดำที่ขา Greater saphenous vein (SVG) และหลอดเลือดแดง Internal Mammary Artery (IMA), Radial artery, Gastroepiploic artery ต่อกับหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (Aorta) ผ่านตำแหน่งที่ตีแคบหรืออุดตันไปยังหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) บริเวณส่วนปลาย (Distal) ต่อกับตำแหน่งที่อุดตันนั้น เพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ลดอัตราการเกิดหัวใจวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้เครื่อง CPB ทำในขณะที่หัวใจหยุดเต้นซึ่งปริมาณเลือดทั้งหมดจะไหลเวียนอย่างต่อเนื่องในวงจร CPB และในร่างกายผู้ป่วย ด้วยการทำให้เลือดเจือจาง (Hemodilution) โดยรักษาระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) น้อยกว่า 30% ช่วยลดความหนืดของเลือด (Blood viscosity) และเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดเล็ก (Microvascular blood flow)

(แพรวพรรณ สุวรรณกิจ, 2562) เมื่อเลือดออกจากร่างกายสัมผัสกับพื้นผิวพลาสติกวงจรสายของเครื่อง CPB อาจทำให้เลือดแข็งตัวและเกิดลิ่มเลือด ต้องใช้ยาเฮพารินในขนาดสูง (Heparinization 300-400 IU/kg) (Gilly & Trusheim, 2016) และใช้ activated clotting time (ACT) 400-480 วินาที (Ural & Owen, 2016) ทำการลดอุณหภูมิร่างกาย (Hypothermia) 28-32 องศาเซลเซียส (Kiziltepe, Uysalel, Corapcioglu, Dalva, Akan, & Akalin, 2001) เพื่อลดเมตาบอลิซึมและลดการรั่วออกซิเจนของร่างกายขณะผ่าตัด จึงทำการหนีหลอดเลือดเอออร์ตา (Cross-clamp aorta) และเริ่มให้สารหยุดการเต้นของหัวใจ (Cardioplegia) ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจอยู่ในระยะคลายตัวเพื่อหยุดการเต้นของหัวใจ (Arrest heart) ไม่ให้เลือดไหลกลับไปที่หัวใจ เมื่อผ่าตัดเสร็จจะทำการ Rewarming รักษาอุณหภูมิ 27-37 องศาเซลเซียส (Cook, Orszulak, Daly, & Buda, 1996) จนสามารถหย่าเครื่อง CPB ได้ และต้องแก้ฤทธิ์ของเฮพารินโดยการให้ยา Protamine ขนาดที่ให้ 1-1.3 มิลลิกรัมต่อเฮพาริน 100 ยูนิต ช่วยทำให้กลไกการแข็งตัวของเลือดกลับมาปกติ หลังจากนั้นแพทย์จะใส่สายระบายทรวงอก เพื่อระบายเลือดที่คั่งค้าง และประเมินภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดก่อนส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อติดตามอาการต่อไป (Ranucci, Carboni, Cotza, Bianchi, Di Dedda, Aloisio, 2015; Wahbaa, Milojevic, Boer, De Somer, Gudbjartsson, van den Goor et al., 2020)

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด CABG

เนื่องจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม (Conventional CABG) เป็นการผ่าตัดที่ยุ่ยาก ซับซ้อน รวมทั้งมีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง จึงอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่



พึงประสงค์ และภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ ในร่างกายภายหลังการผ่าตัดได้ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด CABG ในระยะวิกฤต ได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ จากการผ่าตัดใช้เครื่อง CPB การซึมผ่านของเลือดที่ปอดเพิ่มขึ้นจากการทำให้เลือดเจือจางส่งผลให้ภายในช่องว่างระหว่างเซลล์ในปอดและถุงลมเกิดการบวม ลมในปอดจะถูก Deflate ออกเกือบหมด ทำให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง (แพรวพรรณ สุวรรณกิจ, 2562; Wahbaa et al., 2020) จากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหย่อนกล้ามเนื้อ อากาศปวดผลจากการผ่าตัดทรวงอก ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจและประสิทธิภาพการหายใจลดลง ควรประเมินและติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่อาจลดลงได้

2. ภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนโลหิต หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกมาก ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการผ่าตัดซ้ำซึ่งพบได้ร้อยละ 1-2 (ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และสุชาติ ไชโยโรจน์, 2560) กระบวนการผ่าตัดใช้เครื่อง CPB มีการใช้เฮปารินมีผลยับยั้งการทำงานของ factor IXa, Xa, XIa และ XIIIa นอกจากนี้เฮปารินยังยับยั้งการทำงานของ Thrombin factor IIa จึงไม่มีการสร้างไฟบริน (Fibrin) ทำให้การแข็งตัวของเลือดใช้เวลานานขึ้นทำให้เกิด Heparin rebound effect และ Heparin induced thrombocytopenia ทำให้เกิดเป็นลิ่มเลือดหรือเลือดออกมากหลังผ่าตัดได้ (แพรวพรรณ สุวรรณกิจ, 2562; Arepally, 2017; Li, Yu, Song, Cheang & Wang, 2021) หากไม่ได้รับการแก้ไขในเวลาที่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะหัวใจถูกกด (Cardiac tamponade) ส่งผลให้การ

คลายตัวเพื่อรับเลือดของหัวใจห้องล่างถูกจำกัดไม่สามารถรับเลือดเข้าหรือส่งเลือดออกจากหัวใจได้

3. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) พบได้บ่อย ได้แก่ Premature ventricular contraction (PVC) และ Atrial fibrillation (AF) with Rapid ventricular response (RVR) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงพบได้มากถึงร้อยละ 16-33 หลังผ่าตัด CABG พบได้ในช่วง 2-4 วันแรกหลังผ่าตัด (Anthony & Sendelbach, 2007) หลังผ่าตัดพบ AF ได้ร้อยละ 60-80 (Jagadish, Kirolos, Khare, Rawal, Victor, Rami et al., 2019) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด ได้แก่ การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมจากการ Cross-clamp aorta เป็นเวลานาน ระยะเวลาของการผ่าตัด แคลเซียมและแมกนีเซียมลดลง โปตัสเซียมไม่คงที่ ได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจปริมาณสูง

4. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังผ่าตัดเฉียบพลัน (Operative acute myocardial ischemia) พบร้อยละ 2-10 โดยมีสาเหตุจากการป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจไม่ดีพอ การ Cross-clamp aorta เป็นเวลานาน (Head, Kieser, Falk, Huysmans, Kappetein, 2013) ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังผ่าตัด การควบคุมระดับความดันโลหิต ติดตามประเมินและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเอนไซม์ของหัวใจช่วยลดความรุนแรงได้ (Wahbaa et al., 2020)

5. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neurological complication) พบว่าอาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ การศึกษาในต่างประเทศผู้ป่วยได้รับผ่าตัด CABG 432 ราย หลังผ่าตัดเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 45 รายพบสูงสุดในช่วง 2 วันแรกหลังผ่าตัด ร้อยละ 0.6 ติดตาม 30 วันเพิ่มเป็นร้อยละ 0.8 (Gaudino, Angiolillo, Di Franco, Capodanno,



Faisal, Farkouh et al., 2019) หากตื่นช้ามากกว่า 4 ชั่วโมง หลังผ่าตัดหรือมีอาการสับสน สมองบวม สมองขาดเลือดหรือมีอาการอ่อนแรงของแขนขาให้ สื่อสารกับแพทย์ทันที ประเมินและสังเกตภาวะช็อกอาจ เกิดจากภาวะ Embolic (Macro/Micro embolism) ขณะผ่าตัด และ Brain hypotension ระหว่างการผ่าตัด (แพรวพรรณ สุวรรณกิจ, 2562; Cook et al., 1996)

6. ไตสูญเสียหน้าที่เฉียบพลัน (Acute kidney injury) พบร้อยละ 5-50 (Head et al., 2013) ไตเป็น อวัยวะที่ไวต่อการขาดเลือดมาก สาเหตุเกิดจากการ ใช้เครื่อง CPB ส่งผลให้ไนตริกออกไซด์ลดลงและ ระดับของเอนโดทีเลียมเพิ่มขึ้น ภาวะความดันโลหิตต่ำ การลดอุณหภูมิร่างกายต่ำ รวมถึงการตอบสนองการ อักเสบทั่วร่างกาย (Systemic infection response syndrome: SIRS) มีการกระตุ้น Mediator และ Cytokines ต่างๆ ได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงไตเกิดการหดตัว ส่งผลให้ชั้น Cortex และ Medullar ได้รับเลือดลดลง เกิดภาวะ Acute tubular necrosis (ATN) เป็นสาเหตุ ของไตวายเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยงประวัติภาวะไตเสื่อม หรือไตวาย โรคเบาหวาน สูงอายุ และได้รับยาที่มีผลต่อ การทำงานของไตผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 30 วัน (Lia, Fanc, Zheng, Gong, Chene, Lie et al., 2019)

7. ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลบริเวณ กระจกหน้าอก จากการศัลยกรรมหลังจำนวนผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัด CABG 4,214 รายมีติดเชื้อแผลผ่าตัด จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.2 และร้อยละ 10 ของจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 (Sahasrabudhe, Pradhan & Ranjit Jagtap, 2021) สาเหตุได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหัวใจร่างกายมี การหลังสารกระตุ้นการอักเสบผู้ป่วยมีภาวะ Systemic inflammatory response หลอดเลือด

ขยายตัวเกิดการเสียสมดุลการทำหน้าที่ระบบต่างๆ ภายในร่างกายปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ อายุ มากกว่า 75 ปี หลังผ่าตัดส่งผลให้สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงได้เร็ว ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน โรคโลหิตจางฮีโมโกลบินน้อยกว่า 7 กรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อให้ยาปฏิชีวนะภายหลัง ผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 48 ชั่วโมง (Gokalp, Yesilkaya, Bozok, Besir, Iner, Durmaz et al., 2018) ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อได้ การ พิจารณาถึงการติดเชื้อแผลสะอาดหรือไม่นั้นควรใช้ ระยะเวลาติดตาม 90 วัน (Tymowski, Sahnoun, Provenchere, Para, Derre, Mutuon et al., 2023)

8. ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal complication) พบร้อยละ 2-4 (Head et al., 2013) สาเหตุจากใช้เครื่อง CPB ระหว่าง ผ่าตัดส่งผลให้เลือดไปเลี้ยง Splanchnic circulation และลำไส้ลดลง มีความดันโลหิตต่ำก่อนและหลังผ่าตัด การใช้ยากระตุ้นหลอดเลือดหดตัว (Norepinephrine) ในปริมาณสูง การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ อาจส่งผล กระทบเกิด ลำไส้ทะลุ ลำไส้ขาดเลือด เลือดออกใน ทางเดินอาหารส่วนต้น (แพรวพรรณ สุวรรณกิจ, 2562) ปัจจัยเสี่ยงภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัด เช่น อายุมากกว่า 70 ปี มีรอยโรคของระบบทางเดินอาหาร มีประวัติดื่ม สุราและสูบบุหรี่ ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยและให้ การรักษาที่รวดเร็ว (Elgharably, Gamaleldin, Ayyat, Zaki, Hodges, Kindzelski et al., 2021)

9. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น สับสน สามารถ พบได้ทันทีหลังผ่าตัดจนถึง 3 วันแรกหลังผ่าตัด ภาวะ ชึมเศร้า สามารถพบได้ร้อยละ 30-40 (Stanicki, Szarpak, Wieteska, Kaczynska & Milanowska, 2020) พยาบาลควรมีการติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด ดังที่กล่าวมาผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG มีความเสี่ยงต่อ

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลายอย่าง จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลอดเลือดหัวใจและทรวงอกซึ่งผู้ป่วยในระยะวิกฤตจะมีความซับซ้อน (Complexity) ความเปราะบาง (Vulnerable) และความไม่แน่นอน (Uncertainty) การดูแลจึงต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ พร้อมกับการประยุกต์ใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practices) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ที่เป็นกรณีศึกษา ผู้เขียนใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านตลอดการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Optimum health) ถึงระยะก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตสู่หอผู้ป่วยสามัญ

กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

ผู้ป่วยชาย อายุ 42 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับเหมาก่อสร้าง ภูมิลำเนาจังหวัดระยอง **อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล** แพทย์นัดผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) **ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน** Known case Triple vessel disease (TVD) S/P Percutaneous coronary intervention (PCI) with 1 Drug eluting stent (DES) เมื่อพฤศจิกายน 2562 Last Echo (27/12/63) Ejection fraction (EF) 60% Trivial atrial regurgitation (AR) & Trivial mitral regurgitation (MR) ประมาณ 1 เดือน ก่อนมา รพ. มีอาการ Chest pain ขณะทำ Hemodialysis นาน 10-15 นาที x 2 ครั้ง อด Isosorbide dinitrate (ISDN) (5) 1 tab อาการดีขึ้น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แพทย์ Ddx. Unstable angina electrocardiogram

(EKG) พบ Dynamic ST and T wave change วันนี้ มาตามนัดเพื่อผ่าตัด ไม่มีอาการเหนื่อยหอบนอนราบได้ มี Chest pain นานๆ ครั้งเวลาออกแรงพักแล้วหาย ไม่มีอาการใจสั่น New York heart association functional classification (NYHA) class II ส่งตรวจ Angiography: left anterior descending coronary artery (LAD) diffuse in-stent restenosis (ISR) of LAD stent (diffuse type) left circumflex (LCX): Diffuse diseased with severe stenosis of mid segment right coronary artery (RCA): 50-60% stenosis of distal RCA chronic total occlusion (CTO) of ostial patent ductus arteriosus (PDA) **การผ่าตัดที่ได้รับ:** Coronary Artery Bypass Graft (CABG) x 4 left internal mammary artery (LIMA) to LAD, Saphenous vein graft (SVG) to Ramus intermedius (RI)/ Obtuse marginal branches (OM2)/ PDA **ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัว:** 1) T2DM, HT, DLP, Old CVA ทั้งหมดเป็นมา 6 ปี และ ESRD 2 ปี มีปัสสาวะปกติวันละ 300-600 มิลลิลิตร/วัน ฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ทาง AVF แขนซ้าย **ประวัติการใช้ยาประจำ** 1) ASA (81) 1x1 2) Plavix (75) 1x1 (งด 26/10/2564) 3) Lasix (500) 1x1 4) Sodamint 3x2 5) Metformin (500) 1x1, Novomix 6-6-6 sc 6) Madopa (250) 1/2x2 7) Rosuvastatin (10) 1x1 8) Carvedilol 6.25 mg 1x2 และ 9) Isorbride mononitrate (20) 1x2 **Personal History:** ดื่มสุรา บางครั้งช่วงเทศกาลหรือโอกาสพิเศษ ปฏิเสธสูบบุหรี่

จากกรณีศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านดังนี้

ด้านสิ่งกระตุ้น คุณสมบัติ และเงื่อนไขของ **การเปลี่ยนผ่าน** ผู้ป่วยรายนี้มีการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพของการเจ็บป่วย (Health and

illnesstransition) จากการเป็นคนมีสุขภาพแข็งแรง ต่อมาเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเข้าสู่ระยะเจ็บป่วยวิกฤต ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและไตวายระยะสุดท้าย เกิดความเสื่อมของผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดง โคโรนารีแข็ง (Atherosclerosis) และตีบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (สิริกัญญวรรณ ศรีเกษม, 2563) ผู้ป่วยจึงมีอาการเจ็บหน้าอกหรือกลุ่มอาการภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งจัดว่าเป็นจุดวิกฤต (Critical points) แม้ว่าผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยันไปแล้ว ทั้งนี้อาจเกิดจากบริเวณที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันเกิดการอักเสบของหลอดเลือดแดงเกิดขึ้น ระดับ LDL-cholesterol ที่สูงไปกระตุ้นให้เซลล์เม็ดเลือดขาวเข้ามาจับกินบริเวณนั้นมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์ที่มีขนาดใหญ่ (Foam cell) มีการหลั่ง Growth factor ต่างๆ ทำให้มีการเพิ่มของ Smooth muscle cell, fibroblast และ Collagen เมื่อมีการสะสมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผนังของหลอดเลือดแดงบริเวณที่ใส่ขดลวดค้ำยันจะหนาตัวเกิดการตีบแคบลง จึงเกิดการตีบซ้ำในขดลวดค้ำยัน (Bentzon, Weile, Sondergaard, Hindkjaer, Kasseem & Falk, 2006) กลายเป็นจุดวิกฤตของการเจ็บป่วยครั้งนี้ ปัจจัยสัมพันธ์กับการกลับมาตีบซ้ำในขดลวดค้ำยันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้แก่ ไชมันในเลือดสูง ตำแหน่งที่ขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยัน ประวัติเคยผ่าตัด CABG เส้นเลือดหัวใจตีบหลายเส้น ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางหลอดเลือดตีบ และชนิดของขดลวดค้ำยัน (ณัชภัทร ธนะภัสสร, นพพร พรโหวธีระกุล, ดุสิต สุจิรัตน์, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, และวิรัช เกษสุขเจริญ,

2558) นอกจากนี้ทราบประวัติจากภรรยาผู้ป่วย ภายหลังจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมคือ ชอบรับประทานอาหารหวานทุกชนิด ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ลักษณะนิสัยเป็นคนเงิบๆ ไม่แสดงออก และไม่ชอบบอกระเบียบหรือสิ่งที่ทำให้ตนเองยุ่งยากหรือลำบากจะไม่ฟันทำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง (Personal condition) นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด เริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยมีการตัดสินใจ (Time span) ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยทราบอาการถึงความผิดปกติของตนเอง รู้สึกเหนื่อยมากขึ้นและมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรับรู้มีเส้นเลือดหัวใจตีบและขดลวดค้ำยันตีบ เกิดการตระหนักรู้ (Awareness) ต่อการเจ็บป่วยของตนเองจนกระทั่งเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด CABG (Pattern of response) หลังผ่าตัดจำเป็นต้องดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทรวงอก พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องมีความรู้ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Professional technology) และต้องมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสรีรภาพผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดจากกรรมวิธีการผ่าตัด ทำให้พยาบาลสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้าได้ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ (Preparation of environment) โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในหอผู้ป่วยวิกฤตมีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประยุกต์ใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Clarify role)

ด้านการบำบัดทางการพยาบาล เนื่องจาก ภายหลังจากผ่าตัดในระยะ 0-12 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องของระบบไหลเวียนโลหิตเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดมากหลังผ่าตัด มีเลือดออกบริเวณเยื่อหุ้มหัวใจ ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจมี



ภาวะเป็นกรดจากการเผาผลาญและภาวะต่างจากการหายใจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจส่งผลให้ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลง เป็นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่จุดวิกฤตของเหตุการณ์ (Critical points) อีกครั้งตามระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลง ในระยะนี้ผู้เขียนในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ดังนี้ 1) การชี้แจงบทบาท สมรรถนะ และการให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน (Clarify roles, competencies, and meaning) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจบทบาทในสถานะใหม่หรือเอกลักษณ์ใหม่ได้อย่างชัดเจน ส่งเสริมให้ความรู้และสร้างความตระหนักในสุขภาพตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป 2) การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่สำคัญของตนเอง (Identify milestones) โดยใช้เหตุการณ์สำคัญที่ผ่านมาสามารถแยกแยะเหตุการณ์สำคัญของตนเอง เช่น การมองเห็นและการตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ ได้ 3) การระดมความช่วยเหลือสนับสนุน (Mobilize support) โดยสามารถดึงทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนต่างๆมาใช้ เพื่อทำให้การเปลี่ยนผ่านดีขึ้น และ 4) การอภิปรายซักถาม (Debrief) เป็นการพูดคุยซักถามเกี่ยวกับการเผชิญการเปลี่ยนแปลงหรือการให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามย้อนกลับในสิ่งที่ยังสงสัย หรือยังไม่เข้าใจเพื่อให้เกิดความชัดเจน

การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และเป็นที่ยอมรับกับพยาบาลและผู้ป่วย ในระยะนี้ต้องคำนึงถึงความเร่งด่วนในการเตรียมพร้อมเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย เปรียบเสมือนเป็นการชี้แจงให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ตัวผู้ป่วยรับบทบาทของการเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากทีม

สุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจบทบาทในสถานะใหม่หรือเอกลักษณ์ใหม่ได้เร็วและตระหนักในสุขภาพตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้เขียนได้ประสานงานเจ้าหน้าที่ๆ เกี่ยวข้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เป็นที่ปรึกษาพยาบาลช่วยในประเมินแผนการวินิจฉัยติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ดูแลผู้ป่วยซึ่งยังมีความรู้สึกตัวดี และได้ให้ข้อมูลเหตุการณ์หรือจุดวิกฤตที่สำคัญแก่ผู้ป่วย ระยะนี้ผู้ป่วยได้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะเจ็บป่วยวิกฤตและเฉียบพลัน รวมถึงแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วย (Knowledge) ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของชีวิต (Perception) ยินยอมให้ทีมบุคลากรสุขภาพร่วมรักษา (Seeking and receiving support) ตัวผู้ป่วยเองเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนผ่าน (Engaging) ผู้เขียนได้ประสานงานกับแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือดและหัวใจ แพทย์อายุรกรรมหัวใจ (Preparation) จากผู้ป่วยมีปริมาณเลือดที่ออกจากสายระบายบริเวณ Mediastinum drain ออก 960 ml (ออก \geq 100 มิลลิลิตรในครึ่งชั่วโมงหรือ 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง) เป็นเลือดสีแดง ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง Arterial blood (ABP) เท่ากับ 84/54-97/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต Mean arterial pressure (MAP) 64 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 110-132 ครั้งต่อนาที CVP 18 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณปัสสาวะออก 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส ผิวหนังเย็น Capillary refill > 3 วินาที ผู้เขียนได้ร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลดูแลและรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump: IABP) และแพทย์ตรวจบันทึกภาพการทำงานของหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง (Echocardiography) เพื่อดูตำแหน่งของเลือดออกบริเวณเยื่อหุ้มหัวใจ



เพิ่มเติม จึงดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Blood component ยาแก้ฤทธิ์ของเฮปารินคือโปรตามีน (Protamine) ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจอะดรีนาลีน (Adrenaline) ยานอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และให้สารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพของผู้ป่วย ทุก 15 นาที \times 2 ชั่วโมง ประเมินและติดตามทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ ประเมินภาวะช็อค ปริมาณเลือดออกจากสายระบายทรวงอก ทั้งนี้ กิจกรรมทั้งหมดในขั้นตอนนี้ยังเป็นการระดมความช่วยเหลือสนับสนุน (Mobilize support) โดยดึงทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนต่างๆ มาใช้ เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยดีขึ้น

การติดตาม และประเมินผลผู้ป่วย ภายหลังผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาเลือดออกมาก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ ABP=110-120/70-80 มิลลิเมตรปรอท และ wave ABP ไม่มีลักษณะของ Pulsus paradoxus ติดตามผล CXR เพื่อประเมินภาวะ Cardiac tamponade กรณีศึกษา รายนี้ไม่พบลักษณะ wide mediastinum ก้อนเลือดบริเวณเยื่อหุ้มหัวใจมีเพียงเล็กน้อยไม่ต้องผ่าตัด สามารถละลายได้เอง สามารถหยุดการใช้เครื่อง IABP และสามารถหยุดยาช่วยในการบีบตัวของหัวใจ ได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนติดตาม F/U Lab ค่า CBC, PT, PTT อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์ยอมรับได้ ปัสสาวะออก 15-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้า 2,589 มิลลิลิตร และปริมาณน้ำออก 1,235 มิลลิลิตร ทำ Net UF 1,200 มิลลิลิตร (ทำ Hemodialysis 3 ครั้งต่อสัปดาห์) ไม่มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากหรือ จุดจ้ำเลือดออก

การดูแลแก้ไขความผิดปกติเกี่ยวกับการหายใจ และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่ลดลง บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องมีความสามารถในการอ่านแปลผล ABG เชิงลึกวิเคราะห์สาเหตุพร้อมประสานงานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ (Preparation) จากผล Arterial blood gas (ABG) แรกรับ pH=7.27, PCO₂=33.1, PO₂=429.4, HCO₃⁻=15.4 เมื่อไฮโดรเจนไอออนคั่ง จะทำให้ Serum bicarbonate ลดลง เพื่อ buffer กับ ไฮโดรเจนไอออนในภาวะนี้จะมี การกระตุ้น Respiratory center ให้หายใจเร็วขึ้นแบบ Kussmaul's breathing เกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญ (Metabolic acidosis) ร่วมกับภาวะต่างจากการหายใจเฉียบพลัน (Acute Respiratory alkalosis) จากผล ABG ครั้งที่ 2 pH=7.58, PCO₂=23.5, PO₂=177.2, HCO₃⁻=22.5 น่าจะเป็นผลมาจากภาวะ Hyperventilation เป็นอาการที่เกิดขึ้นโดยไตขับไบคาร์บอเนต (HCO₃⁻) ได้ไม่เต็มที่จึงทำให้ HCO₃⁻ ยังไม่ต่ำมากส่งผลให้ pH สูงกว่าค่าปกติ เมื่อ PCO₂ ลดลง 10 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้ค่า HCO₃⁻ ลดลง 2 มิลลิเมตรปรอท, pH ลดลงสูงกว่าค่าปกติ 0.08 นอกจากนี้จากการผ่าตัดทรวงอกอาการปวดแผล ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจลดลงและทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าหายใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ และจากที่ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ไตไม่สามารถสร้าง Erythropoietin ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องของฮอร์โมนนี้ได้ ผู้ป่วยมีภาวะซีด ฮีโมโกลบิน 8.5 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 25.3% ทำให้การนำพาออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆ ลดลง (Wahbaa et al., 2020) ผู้เขียนได้สังเกตลักษณะการหายใจผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อย หอบหรือหายใจลำบาก และฟังเสียงการหายใจไม่มี



Crepitation ตรวจเช็คตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ความลึกที่ 21 เซนติเมตร ติดตามผล Chest X-Ray เพื่อดูความผิดปกติของปอดได้แก่ Pneumothorax, Atelectasis, Pulmonary Congestion/Effusion ตามปริมาณออกซิเจนในเลือดวัดปลายนิ้ว 96-99 เปอร์เซ็นต์ รวมทั้งติดตามประเมินผลจาก ABG PaO₂ > 80 มิลลิเมตรปรอท, PaCO₂ > 35-45 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการจัดการและดูแลรักษาจนสามารถผ่านพ้นภาวะคุกคามของชีวิตได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา (Competencies)

การฟื้นฟูสภาพ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู หัวใจและระบบประสาทช่วยฝึกหายใจตั้งแต่วันแรก ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งเป็นการสนับสนุนอีกรูปแบบหนึ่งของผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการสูบบุหรี่ทำให้สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้เร็ว ผู้เขียนยังเป็นแรงสนับสนุนในฐานะผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารปอดโดยการใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอด (Incentive spirometer) ช่วยลดความรุนแรงการเกิดปอดแฟบหลังผ่าตัดได้ (Eltorai, Baird, Eltorai, Healey, Agarwal, Ventetuolo et al., 2019) ผู้ป่วยดูได้ 2 ลูกค้ำ 5 ครั้ง: 2-3 รอบต่อวัน ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ (Mastery)

การควบคุมโรคร่วมและการจัดการกับปัญหาโรคร่วมอื่นๆ ของผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขอย่างเป็นองค์รวม ลดความไม่สุขสบายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท อาจเกิดภาวะทางหลอดเลือดสมองได้หลังผ่าตัด (Gaudino et al., 2019) การป้องกันภาวะน้ำเกิน จากภาวะไตวายเรื้อรัง การดูแลให้ยาาระงับความปวดตามโปรโตคอลและการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด บริเวณหน้าอก การจัดการภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ชนิดห้องบนสั้นพลีวพบได้หลังผ่าตัด การควบคุมค่าระดับน้ำตาลและการฉีดยาอินซูลิน ซึ่งการดูแลรักษาพยาบาลและยาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดการรักษาขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ 1) ทำ Hemodialysis 3 วัน/สัปดาห์ วันอังคาร พฤหัสบดี และเสาร์ 2) ให้ LPRC 1-2 ยูนิต ขณะล้างไต 3) morphine 3 มิลลิกรัม vein prn ทุก 4 ชั่วโมง 4) POC Glucose premeal with before bed keep 80-180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ลิตร และ RI (1:1) IV drip 10 ยูนิตต่อชั่วโมง และ 5) Cefazolin 1 กรัม IV ทุก 6 ชั่วโมง

การร่วมวางแผนและกำหนดเป้าหมายหลัก (Identify milestones) เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว พยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมวางแผนและกำหนดเป้าหมายหลักทั้งในระยะสั้นภายหลังผ่าตัดขณะผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้วอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นก่อนย้ายออกจากไอซียู ผู้เขียนได้ตั้งเป้าหมายโดยใช้ กฎของความพร้อม (Readiness ruler) (Goal & Kokotailo, 2007) เพื่อประเมินความตระหนักและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง รวมทั้งอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยตั้งเป้าหมายระยะสั้นร่วมกันคือ จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ฉีดยาอินซูลินตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ลดอาหารจำพวกแป้ง อาหารหวานในแต่ละมื้อ และงดดื่มเครื่องดื่ม เป้าหมายระยะยาวในระยะเวลา 3 เดือน คือ ผล HbA1C ลดลง คะแนนความมั่นใจของผู้ป่วยครั้งนี้ที่จะประสบความสำเร็จผู้ป่วยให้ 8 คะแนน อีก 2 คะแนนที่เป็นอุปสรรค คือผู้ป่วยขอรับประทานอาหารหวานผลไม้สลัดบางมื้อเล็กน้อย ผลไม้ เช่น แอปเปิ้ล หรือ ชมพู่เพราะเป็นผลไม้ที่ผู้ป่วยชอบมีภรรยาเป็นผู้ดูแลและคอยสนับสนุนให้กำลังใจเสมอ



ด้านรูปแบบของการตอบสนอง ภายหลังจากการผ่าตัด CABG ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งได้รับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะการไหลเวียนคงที่ แผลไม่มีภาวะเลือดออก สามารถปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง เริ่มฟื้นฟูสภาพร่างกายตั้งแต่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการฝึกการออกกำลังกาย และสามารถบอกถึงแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ผู้เขียนอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยา การฉีดยาเบาหวาน เพื่อเป็นความรู้และแนวทางใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้งระยะฟื้นฟูและที่บ้านได้ (Debrief) ซึ่งใช้ระยะเวลารักษาอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต 3 วันก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้สึกมีพลังความสามารถ แม้ต้องเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนผ่าน (Perceived well-being) **สรุปและข้อเสนอแนะ**

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ในกรณีศึกษานี้เน้นบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness) เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด CABG ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนโลหิตต้องใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ และทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะคุกคามของชีวิต (Life

threatening) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประจำหอผู้ป่วยวิกฤตมีบทบาทสำคัญในการบำบัดทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อน เผื่อระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน เริ่มจากการประเมินปัญหาสุขภาพ เผื่อระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และจัดการให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากโรคในเวลาที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล โดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเป็นกรอบในการวางแผนการบำบัดดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสม ตั้งแต่การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ และการใช้บทบาทเสริมในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ช่วยเหลือประสานการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมสมรรถนะด้านผู้ป่วย ร่วมกำหนดเป้าหมายในระยะสั้นและระยะยาว ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะที่ดีที่สุด การบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมจึงมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย แสดงถึงรูปแบบการตอบสนองที่ดี อย่างไรก็ตามบทความนี้เน้นเฉพาะการเปลี่ยนผ่านในช่วงก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกระยะของการเปลี่ยนผ่านในกระบวนการดูแลรักษา จึงควรขยายแนวคิดดังกล่าวไปยังหน่วยบริการอื่นๆ รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคอย่างต่อเนื่อง โดยนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาประยุกต์ใช้ เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคขัดขวางกระบวนการเปลี่ยนผ่าน เพื่อนำไปสู่การจัดการอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ณัชภัทร ชนะภัสส, นพพร พรโหวธีระกุล, ดุสิต สุจิรารัตน์, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, และวิรัช เกษสุขเจริญ. (2558). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมาตีบซ้ำในหลอดเลือดหัวใจตีบของสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี. *การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2558 (RSU National Research Conference 2015)*, (น.201-209). กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย. Doi: 10.14458/RSU.res.2015.159
- ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และสุชาติ ไชยโรจน์. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(1), 96-110.
- แพรวพรรณ สุวรรณกิต. (2562). *เครื่องหัวใจและปอดเทียมหลักการและการปฏิบัติ Heart lung machine: principle and practice*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร
- สิริกัญญวรรณ ศรีเกษม. (2563). การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) : การประยุกต์ Transition theory discharge planning for patients after coronary artery bypass grafting surgery (CABG): Application of Transition Theory. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13(2), 47-61.
- Anthony, A & Sendelbach, S. (2007). Postoperative complication of coronary artery bypass grafting surgery. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(4), 403-15. DOI:10.1016/j.ccell.2007.07.001.
- Arepally, G. M. (2017). Heparin-induced thrombocytopenia. The American society of hematology. *Blood*, 129(21), 2864-72. DOI:10.1182/blood-2016-11-709873.
- Bentzon, J. F., Weile, C., Sondergaard, C. S., Hindkjaer, J., Kassem, M & Falk, E. (2006). Smooth muscle cells in atherosclerosis originate from the local vessel wall and not circulating progenitor cells in ApoE Knockout Mice. *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*, 26, 2696-2702. DOI:10.1161/01.ATV.0000247243.48542.9d.
- Cook, D. j., Orszulak, T. A., Daly, R. C., Buda, D. A. (1996). Cerebral hyperthermia during cardiopulmonary bypass in adult. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 111(1), 268-9. Retrieved from <https://www.jtcvs.org/action/showPdf?pii=S0022-5223%2896%2970425-7>
- Eltorai, A. E. M., Baird, G. L., Eltorai, A. S., Healey, T. T., Agarwal, S., Ventetuolo, C. E.,... & Daniels, H. (2019). Effect of an Incentive spirometer patient reminder after coronary artery bypass grafting a randomized clinical trial. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 154(7), 579-588. DOI:10.1001/jamasurg.2019.0520.



- Duggleby, W., Penz, K., Goodridge, D., Wilson, D., Leipert, B., Berry, P.,...& Justice, C. J. (2010). The transition experience of rural older persons with advanced cancer and their families: A grounded theory study. *Biomed Center Palliative Care*, 9(5), 1-9. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/9/5>.
- Elgharably, H., Gamaleldin, M., Ayyat, K. S., Zaki, A., Hodges, K., Kindzelski, B.,... & Pettersson, G. B. (2021). Serious gastrointestinal complications after cardiac surgery and associated mortality. *Ann Thoracic Surgery*, 112, 126-74, Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.09.034>.
- Fex, A., Gullvi, F., Ek, A., & Soderhamn, O. (2010). Health-illness transition among persons using advanced medical technology at home. *Scandinavian Journal of Caring Studies*, 25, 253-261.
- Gaudino, M., Angiolillo, D. J., Di Franco, A., Capodanno, D., Faisal, B., Farkouh, M. E.,...& Taggart, D. P. (2019). Stroke after coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary intervention: Incidence, pathogenesis and outcomes. *Journal of the American Heart Association*, 8(3), 1-12. DOI:10.1161/JAHA.119.013032.
- 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. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 30(6), 1730-1732. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2016.08.029>.
- Goal, M. A & Kokotailo, P. K. (2007). Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. *American Academy of Pediatrics*, 20(1), 1-10. Retrieved from <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/YouthGuide/AAPAdolescentHealthUpdateBMI.pdf>
- Gokalp, O., Yesilkaya, N. K., Bozok, S., Besir, Y., Iner, H., Durmaz, H.,... & Gurbuz, A. (2018). Effects of age on systemic inflammatory response syndrome and results of coronary bypass surgery. *Cardiovascular Journal of Africa*, 29(1), 22-25. DOI:10.5830/CVJA-2017-030.
- Hall, J. M., Stevens, P. E., & Meleis, A. I. (1994). Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in Nursing Science*, 16(4), 23-41. Doi: 10.1097/00012272-199406000-00005.
- Head, S. J., Kieser, T. M., Falk, V., Huysmans, H. A., Kappetein, A. P. (2013). Coronary artery bypass grafting: Part 1—the evolution over the first 50 years. *European Heart Journal*, 34, 2862-2872. Doi:10.1093/eurheartj/eh330.

- Hillis, L. D., Smith, P. K., Anderson, J. L., Bittl, J. A., Bridges, C. R., Byrne, J. G.,... & Winniford, M. D. (2011). ACCF/AHA Guideline for coronary artery bypass graft surgery: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 124(23), 2610- 42. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2011.10.015.
- Jagadish, P. S., Kirolos, I., Khare, S., Rawal, A., Lin, V., Khouzam, R. N. (2019). Post-operative atrial fibrillation: Should we anticoagulate. *Annals of Translational Medicine*, 7(17), 1-4 Retrieved from <http://dx.doi.org/10.21037/atm.2019.07.10>.
- Kiziltepe, U., Uysalel, A., Corapcioglu, T., Dalva, K., Akan, H., & Akalin, H. (2001). Effects of combined conventional and modified ultrafiltration in adult patients. *The Society of Thoracic Surgeons*, 71, 684-93. Retrieved from <https://www.annalsthoracicsurgery.org/action/showPdf?pii=S0003-4975%2800%2902518-2>
- Lia, B. Z., Fanc, G., Zhenga, B. X., Gongd, X., Chene, T., Liue, X.,... & Jiaa, K. (2019). Risk factors and clinical significance of acute kidney injury after on-pump or off-pump coronary artery bypass grafting: a propensity score-matched study. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 28, 893-899. DOI:10.1093/icvts/ivy353.
- Li, J., Yu, D., Song, Y., Cheang, I and Wang, X. (2021). Association between postoperative thrombocytopenia and outcomes after coronary artery bypass grafting surgery. *Frontiers in Surgery*, 747986(8), 1-7. DOI: 10.3389/fsurg.2021.747986.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A. I. (2015). Transition theory reference from Marlaine C. Smith and Marilyn E. Parker. *Nursing theories and nursing practice* (4th ed). (p.361-380.) Davis company: Philadelphia.
- Ranucci, M., Carboni, G., Cotza, M., Bianchi, P., Di Dedda, U., Aloisio, T. (2015). Hemodilution on cardiopulmonary bypass as a determinant of early postoperative hyperlactatemia. *Public Library of Science ONE*, 10(5), 1-10. DOI:10.1371/journal.pone.0126939.
- Sahasrabudhe, P. B., Pradhan, M. D., Ranjit Jagtap, N. P. (2021). Post-CABG deep sternal wound infection: A retrospective comparative analysis of early versus late referral to a plastic surgery unit in a tertiary care center. *Indian Journal Plastic Surgery*, 54, 157-62. Retrieved from <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731256>. ISSN 0970-0358.
- Schumacher, K. L & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-27.



- Stanicki, P., Szarpak, J., Wieteska, M., Kaczynska, A & Milanowska, J. (2020). Postoperative depression in patients after coronary artery bypass grafting (CABG) a review of the literature. *POL PRZEGL CHIR*, 92(6), 32-38. DOI: 10.5604/01.3001.0014.3431.
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. (2022). *Public health statistics A.D. report: Bangkok*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
- Tymowski, C. D., Sahnoun, T., Provenchere, S., Para, M., Derre, N., Mutuon, P.,... & Montravers, P. (2023). *Impact of antibiotic prophylaxis on surgical site infections in cardiac surgery. antibiotics*, 85(12), 1-18. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/antibiotics12010085>.
- Ural, K & Owen, C. (2016). Pro: The Hepcon HMS should be used instead of traditional activated clotting time (ACT) to dose heparin and protamine for cardiac surgery requiring cardiopulmonary bypass. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 30(6), 1727-1729. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2016.07.001>.
- Wahbaa, A., Milojevicc, M., Boer, C., De Somer, F. M. J. J., Gudbjartsson, T., van den Goor, J.,... & Puis, L. (2020). EACTS/EACTA/EBCP Committee Reviewers: 2019 EACTS/EACTA/EBCP guidelines on cardiopulmonary. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 57(2), 210-25. DOI:10.1093/ejcts/ezz267.
- Wheatley, D. J. (2003). Principles, evolution and techniques of coronary surgery. In D. J. Wheatley (Ed.), *Surgery of coronary artery disease* (2nd ed). (p.157-189). Publisher: Hodder Arnold.



การบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุ

กฤษณารีย์ แยมเพ็ง*, สุปราณี แต่งวงษ์**, ทิพา ต่อสกุลแก้ว**

บทคัดย่อ

ด้วยประชากรสูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มมากขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้คงความเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจึงมีความจำเป็น จากการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 เมื่อ ปี พ.ศ. 2545 ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน ได้ประกาศแนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงประเทศไทยซึ่งกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์ชาติ โดยการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นสถาบันการศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณาจารย์ในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำเป็นต้องปฏิบัติพันธกิจทั้ง 4 ด้าน คือ การเรียนการสอน การวิจัย การบริการวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ดังนั้นการบริการวิชาการแก่สังคมที่คณาจารย์ในสาขาฯ สามารถทำได้คือการดูแลผู้สูงอายุด้วย “การส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” ให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบริเวณโดยรอบของมหาวิทยาลัย จึงได้จัดโครงการบริการวิชาการ “คัดกรองโรคภัย สํารวจกาย สํารวจใจ ผู้สูงวัย สู้ภัยโควิด” ขึ้นเป็นเบื้องต้นเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม และเพื่อใช้ข้อมูลในการส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ : การบริการวิชาการแก่สังคม, การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม, การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566 หน้า 69-84

* อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, email: kritsanari_yam@hotmail.com, Tel. 081-7350266

วันที่รับบทความ: 23 มีนาคม 2566, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 10 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับบทความ: 15 มิถุนายน 2566

Academic Services to Society to Promote Aging in Place of the Elderly

Kritsanari Yampeng*, Supranee Tangwong**, Tipa Toskulkao**

Abstract

With the increasing aging population in Thailand, it is necessary to promote the health of the elderly so that they remain healthy. From the 2nd World Assembly on Aging Meeting in Madrid, Spain in 2002, the concept was announced “Aging in place” as a guideline to promote the quality of life of the elderly. including Thailand, which is designated as a national strategy by coordinating between the public sector, the private sector, and the people.

The College of Nursing, Christian University of Thailand is an educational institution that manages teaching in the field of nursing science which offers courses in elderly nursing. The instructors of the adult and elderly nursing department consider it necessary to carry out the four missions which includes teaching, research, academic services to society, and the preservation of arts and culture. The academic staff should implement the academic services to the society “Promoting Aging in Place” for the elderly who reside close to the vicinity of the university. Thus, an academic service project "Physical and mental health screening for the elderly against the COVID-19" has been organized to assess the health status of the elderly in Don Yai Hom sub-district, Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom Province, and that will provide information to promote the “Aging in place”.

Keywords : Academic services to society, Aging in place, Comprehensive geriatric assessment

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(1), 69-84

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

** Assistant Professor, Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, email: kritsanari_yam@hotmail.com, Tel. 081-7350266

Received: 23 March 2023, Revised: 10 June 2023, Accepted: 15 June 2023



บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ซึ่งปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 1,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 โดยประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) เกือบทั้งหมด ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงกว่าร้อยละ 20 ทวีปอื่นๆ ยกเว้นแอฟริกาทวีปเดียวที่ยังเป็นสังคมเยาว์วัย ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35 อิตาลีและโปรตุเกส ร้อยละ 30 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2565) สถานการณ์การสูงวัยของประชากรไทยได้ก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี 2565 มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด รวมถึงจากการคาดการณ์ประชากรไทยภายในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2575) สังคมไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559)

ในการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งที่ 2 (The 2nd World Assembly on Ageing) จัดขึ้นโดยองค์การสหประชาชาติ ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน เมื่อ ปี พ.ศ. 2545 ก่อให้เกิดพันธกรณีองค์การสหประชาชาติในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่าแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (the Madrid International Plan of Action on Ageing: MIPAA) และได้ประกาศแนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม : Aging in Place” ซึ่งพันธกรณี

ดังกล่าวนี้ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรวมถึงประเทศไทย (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2560) แนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมอย่างมีสุขภาวะ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ 1) ด้านบุคคลหรือผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older persons and development) โดยการกำหนดชุดบริการที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสถานะสุขภาพ ตั้งแต่กลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ไปจนถึงผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต 2) ด้านบริการทางสังคมและสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ (Health and well-being into old age) และ 3) ด้านสถานที่ เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อม (Ensuring, enabling and supportive environment) โดยการ จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงควรจัดวางบทบาทและระบบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐ (Intergovernmental relations) ทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ให้สามารถดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมี “เอกภาพในเชิงนโยบาย” โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องคัดกรไม่สามารถจัดบริการเองได้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการสร้างภาคีหุ้นส่วนในการจัดทำบริการ โดยการร่วมลงทุนและดำเนินการกับภาคเอกชน (ณภช สัจจนกุล, 2564) จากพันธกรณีเกี่ยวกับแนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมอย่างมีสุขภาวะ ทำให้ประเทศภาคีได้นำแนวคิดดังกล่าวมากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ของชาติ

เช่นเดียวกับประเทศไทย ที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยการประสานความ

ร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งมีแนวทาง 6 ยุทธศาสตร์ คือ ด้านความมั่นคงแบบองค์รวม ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) กรมกิจการผู้สูงอายุ ในฐานะเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง จึงนำนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มาจัดทำมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการกำหนดหน่วยงานหลัก และหน่วยงานร่วม เพื่อดำเนินงานบรรลุเป้าหมายร่วม คือ ผู้สูงอายุเป็นพหุพลัง (Active ageing) และยังมีกำหนดมาตรการ ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมายและตัวอย่างโครงการ เช่น มาตรการหลักที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย หน่วยงานหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานร่วม คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงแรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสภาวิชาชีพไทย มีการดำเนินโครงการเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ เช่น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเฉียบพลัน (Acute care) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะกลาง (Intermediate care) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Prevention long

term care) ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) โดยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคดูแลรักษาโรคประจำตัวผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีคนดูแลทั้งในครอบครัวและชุมชน เมื่อเข้าโรงพยาบาลได้รับการดูแลตามช่องทางที่เหมาะสม ตลอดจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม นับว่าเป็นการบริการอีกรูปแบบหนึ่งตามแนวคิดของการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม โดยจะพิจารณาปัจจัยหลัก 4 ด้าน คือ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological domain) ปัจจัยทางด้านกายภาพและสมรรถภาพ (Physical & functional domain) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psycho-mental domain) และปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social & environmental domain) (กัลยาภรณ์ เชนโพธิ์, 2561) อีกทั้งในช่วงที่ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะรับเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย หากไม่ได้มีการดูแลและป้องกันอย่างดี อีกทั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 99 รับทราบถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากสื่อโทรทัศน์และข้อมูลข่าวสารรอบตัว ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และผลกระทบจากมาตรการมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าการปรับตัวของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น เกาหลี สิงคโปร์ เวียดนาม และไทย มีความแตกต่างกัน

ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมการเมืองเศรษฐกิจและเทคโนโลยี โดยเฉพาะผู้สูงอายุในไทยประสบปัญหาด้านการหยุดงานและรายได้ที่สูญเสีย (เพ็ชรัตน์ ไสยสมบัติ และดลฤดี สุวรรณศิริ, 2565)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นสถานศึกษาที่ให้บริการวิชาการแก่ชุมชน เป้าหมายและสังคมที่บูรณาการกับการจัดการเรียนการสอนร่วมกับการทำวิจัย อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ในวิชาชีพ หน่วยงาน ชุมชน เป้าหมายและสังคม รวมทั้งมีการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงได้จัดโครงการ “คัดกรองโรคภัย สสำรวจกาย สสำรวจใจ ผู้สูงวัยสู้ภัยโควิด” เพื่อส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการประชุมเพื่อค้นหาความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยการจัดกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ซึ่งประยุกต์ใช้แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment : CGA) จากแบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน จัดทำโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ, 2564) และแบบประเมินความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ (พัชราภรณ์ ดิ่งชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2565) ซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบวัดความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุของ University of California, Los Angeles Loneliness scale version 3 (UCLA) ของรัสเซล โดยทินกร วงศ์ปการันย์ และณัททัย วงศ์ปการันย์ (2563) อีก

ทั้งมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 คัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- 1.2 ฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนของผู้สูงอายุ
- 1.3 กำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ
- 1.4 สร้างความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัย หน่วยงานภาครัฐ และชุมชน

2. การดำเนินโครงการ

2.1 รูปแบบโครงการ เป็นโครงการให้บริการวิชาการแก่สังคม บูรณาการกับการเรียนการสอนและงานวิจัย

2.2 วิธีดำเนินโครงการ

2.2.1 จัดทำเอกสารโครงการเสนอเพื่อขออนุมัติจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

2.2.2 แต่งตั้งคณะกรรมการจัดโครงการ

2.2.3 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนการดำเนินงาน

2.2.4 ติดต่อประสานงานทั้งภายในมหาวิทยาลัย และภายนอกมหาวิทยาลัย

2.2.5 ประชาสัมพันธ์โครงการ

2.2.6 จัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินโครงการ

2.2.7 ดำเนินโครงการตามที่กำหนด โดยมีอาจารย์และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ชั้นปีที่ 1 ทำหน้าที่รับลงทะเบียน ณ จุดลงทะเบียน และประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ณ



ฐานที่ 1 - ฐานที่ 5 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้คือ

2.2.7.1 ผู้สูงอายุและประชาชน ผู้สนใจลงทะเบียน ณ จุดลงทะเบียน

2.2.7.2 ฐานที่ 1: ชักประวัติ สุขภาพเบื้องต้น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจการได้ยิน ประเมินสุขภาพช่องปาก ประเมินการมองเห็น และประเมินภาวะขาดสารอาหาร

2.2.7.3 ฐานที่ 2: ทดสอบสภาพสมอง (MMSE-T 2002)

2.2.7.4 ฐานที่ 3: ประเมินความเสี่ยงกระดูกพรุน (OSTA index) ข้อเข่าเสื่อมและความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Time up and Go Test: TUGT)

2.2.7.5 ฐานที่ 4: ประเมินการกลืนปัสสาวะ ปัญหาการนอน และกิจวัตรประจำวัน: ดัชเน็บบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADLs)

2.2.7.6 ฐานที่ 5: ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) และความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ

2.2.7.7 บรรยาย “ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ” เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม อาการนอนไม่หลับ ปัญหาการกลืน การขับถ่ายไม่อยู่ ปัญหาภาวะทุพโภชนาการและความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ปัญหาการได้ยิน และปัญหาการมองเห็น โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ของ กระทรวงสาธารณสุข (2566) ประกอบการบรรยาย

2.2.7.8 ร่วมกิจกรรมสนทนา การและกิจกรรมการแนะนำตนเอง โดยร่วมกันร้อง

เพลง “สวัสดี” และทำท่าประกอบเพลง เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำความรู้จักกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นทำแบบฝึกหัดสำรวจตนเองทั้งร่างกายและจิตใจด้วยกิจกรรม “ฉันเป็นใคร” โดยการวาดรูปที่อธิบายลักษณะของตนเองบนกระดาษ และแนะนำตนเองเพิ่มเติมจากมุมมองของตนเอง” เพื่อตระหนักรู้เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกตนเองและการมีคุณค่าในตนเอง (พัชราภรณ์ ตังชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2565)

2.2.7.9 สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยน ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตของผู้สูงอายุ ในช่วงการระบาดของโควิด 19 เพื่อตระหนักถึงการยอมรับการเปลี่ยนแปลง แบ่งปันข้อมูลตนเองแก่ผู้อื่น รวมถึงฟังการบรรยาย เรื่อง “แนวทางการดูแลตนเองเพื่อรับมือกับโควิด-19” ร่วมกับการร้องเพลง “ล้างมือบ่อยๆ” และทำท่าล้างมือ 7 ขั้นตอน ประกอบเพลง เพื่อแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ข้อมูลของผู้อื่น และนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง (พัชราภรณ์ ตังชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2565)

2.2.7.10 สรุปผลการ ดำเนินโครงการ และประเมินผลโครงการ

3. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุในตำบล ดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน

4. สถานที่จัดโครงการ ณ ศาลาอเนกประสงค์ วัดดอนขนาด ตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม

5. ระยะเวลาในการจัดโครงการ เมื่อวันอาทิตย์ที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เวลา 09.00 น. ถึงเวลา 12.00 น.

6. วัตถุประสงค์การบรรลุเป้าหมายเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

6.1 เชิงปริมาณ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ เข้าร่วมโครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.00 (24 คน)

6.2 เจริญคุณภาพ	ระดับคะแนน (คะแนน) ระดับความเสี่ยง								
6.2.1 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และได้รับการแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเบื้องต้น สํารวจร่างกาย จิตใจ และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากภัยโควิดอย่างต่อเนื่อง และอาจได้รับทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลในชุมชนนี้	<table border="0"> <tr><td>20-25</td><td>สูงมาก</td></tr> <tr><td>9-16</td><td>สูง</td></tr> <tr><td>4-8</td><td>ปานกลาง</td></tr> <tr><td>1-3</td><td>น้อย</td></tr> </table>	20-25	สูงมาก	9-16	สูง	4-8	ปานกลาง	1-3	น้อย
20-25	สูงมาก								
9-16	สูง								
4-8	ปานกลาง								
1-3	น้อย								
6.2.2 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ โดยมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ย ≥ 4.0	<table border="0"> <tr><td>7.2.1 โอกาสการเกิดความเสี่ยงระดับ 2 (น้อย)</td></tr> <tr><td>7.2.2 ผลกระทบของการเกิดระดับความเสี่ยง ระดับ 2 (น้อย)</td></tr> <tr><td>7.2.3 ความเสี่ยงระดับปานกลาง</td></tr> </table>	7.2.1 โอกาสการเกิดความเสี่ยงระดับ 2 (น้อย)	7.2.2 ผลกระทบของการเกิดระดับความเสี่ยง ระดับ 2 (น้อย)	7.2.3 ความเสี่ยงระดับปานกลาง					
7.2.1 โอกาสการเกิดความเสี่ยงระดับ 2 (น้อย)									
7.2.2 ผลกระทบของการเกิดระดับความเสี่ยง ระดับ 2 (น้อย)									
7.2.3 ความเสี่ยงระดับปานกลาง									
7. การบริหารความเสี่ยง ประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงจากคู่มือ: แนวทางสำหรับการเขียนเอกสารโครงการของมหาวิทยาลัยคริสเตียน (อิทธิพร ขำประเสริฐ, 2565) ตามลำดับ ดังนี้	<table border="0"> <tr><td>$(2 \times 2 = 4)$</td></tr> <tr><td>7.3 มาตรการป้องกัน/แนวทางจัดการความเสี่ยง</td></tr> </table>	$(2 \times 2 = 4)$	7.3 มาตรการป้องกัน/แนวทางจัดการความเสี่ยง						
$(2 \times 2 = 4)$									
7.3 มาตรการป้องกัน/แนวทางจัดการความเสี่ยง									
7.1 ปัจจัยความเสี่ยง : เหตุการณ์ความเสี่ยงและปัจจัยความเสี่ยงทั้งภายในและภายนอก	<table border="0"> <tr><td>7.3.1 ผู้ดำเนินโครงการเข้าร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลอนายายหอม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วางแผนการจัดกิจกรรม และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ</td></tr> </table>	7.3.1 ผู้ดำเนินโครงการเข้าร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลอนายายหอม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วางแผนการจัดกิจกรรม และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ							
7.3.1 ผู้ดำเนินโครงการเข้าร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลอนายายหอม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วางแผนการจัดกิจกรรม และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ									
7.1.1 ผู้สูงอายุหรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด	<table border="0"> <tr><td>7.3.2 มีการตรวจคัดกรองอุณหภูมิร่างกายของผู้เข้าร่วมโครงการ และกำหนดแนวทางการป้องกันหากพบความเสี่ยง</td></tr> </table>	7.3.2 มีการตรวจคัดกรองอุณหภูมิร่างกายของผู้เข้าร่วมโครงการ และกำหนดแนวทางการป้องกันหากพบความเสี่ยง							
7.3.2 มีการตรวจคัดกรองอุณหภูมิร่างกายของผู้เข้าร่วมโครงการ และกำหนดแนวทางการป้องกันหากพบความเสี่ยง									
7.1.2 สภาพอากาศอาจจะไม่เอื้ออำนวยในช่วงเวลาจัดกิจกรรม	<table border="0"> <tr><td>7.3.3 ยึดหลักการป้องกันตามแนวทาง DMHTA (กรมควบคุมโรค, 2566) อย่างเคร่งครัด</td></tr> </table>	7.3.3 ยึดหลักการป้องกันตามแนวทาง DMHTA (กรมควบคุมโรค, 2566) อย่างเคร่งครัด							
7.3.3 ยึดหลักการป้องกันตามแนวทาง DMHTA (กรมควบคุมโรค, 2566) อย่างเคร่งครัด									
7.1.3 ผู้เข้าร่วมโครงการอาจได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	8. ผลการดำเนินโครงการ								
7.2 ระดับความเสี่ยง : ประเด็นความเสี่ยงที่กำหนดไว้เพื่อมาประเมินโอกาสเกิดความเสี่ยง (Likelihood) และระดับความรุนแรงของผลกระทบ (Impact) ของเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและคำนวณระดับความเสี่ยง (Degree of Risk: D) โดยใช้ด้วยสูตรคำนวณ : โอกาสการเกิดความเสี่ยง (Likelihood) X ผลกระทบ (Impact) จากนั้นนำผลที่ได้มาแปลผลตามเกณฑ์การพิจารณาระดับความเสี่ยง ดังนี้	<p>จากการดำเนินโครงการ “คัดกรองโรคภัย สํารวจกาย สํารวจใจ ผู้สูงวัย สู้ภัยโควิด” เมื่อวันอาทิตย์ที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) โดยเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลอนายายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 32 คน ซึ่งผล</p>								

จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ แยกออกเป็น 4 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม

ส่วนที่ 3 การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ส่วนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ของครอบครัว (n=32)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
หญิง		22	68.75
ชาย		10	31.25
อายุ			
60-70 ปี		30	93.75
71-80 ปี		2	6.25
$\bar{X}=65.59$ ปี, S.D.=3.88			
สถานภาพสมรส			
คู่		19	59.37
โสด		7	21.88
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่		6	18.75
ลักษณะครอบครัว			
ครอบครัวขยาย		21	65.62
ครอบครัวเดี่ยว		11	34.38
รายได้ของครอบครัว			
เพียงพอ		20	62.50
ไม่เพียงพอ		12	37.50

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 รองลงมาคือช่วงอายุเป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 71-80 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 อายุเฉลี่ย 65.59 ปี ($\bar{X}=65.59$, S.D.=3.88)

ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.37 รองลงมาคือ โสด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 21.88 และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 ส่วนใหญ่มี ลักษณะครอบครัวขยาย จำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 65.62 และครอบครัวเดี่ยว 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.38 รายได้ของครอบครัวมีความเพียงพอ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 และรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (n=32)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการได้รับวัคซีน โควิด-19		
ไม่เคยได้รับ	1	3.12
รับ 1 เข็ม	1	3.12
รับ 2 เข็ม	12	37.50
รับ 3 เข็ม	17	53.14
รับ 4 เข็ม	1	3.12
จำนวนโรคประจำตัว		
มี 1 โรค	12	37.50
มี 2 โรคขึ้นไป	12	37.50
ไม่มีโรคประจำตัว	8	25.00
ระบุโรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	17	50.00
ไขมันในเลือดสูง	10	29.41
เบาหวาน	7	20.59
ประวัติการคัดกรองเบาหวานจากโรงพยาบาล		
เคย	21	65.62
ไม่เคยตรวจ	11	34.38
ระดับความดันโลหิต		
ปกติ	18	56.25
มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (SBP≥140 mmHg และ/หรือ DBP≥90 mmHg)	14	43.75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด : Thai CVD risk score		
เสี่ยงสูง	17	53.13
เสี่ยงปานกลาง	13	40.62
เสี่ยงน้อย	2	6.25
การได้ยิน : ตรวจการได้ยิน (การสอบถามอาการ)		
หูซ้าย		
ปกติ	30	93.75
ผิดปกติ	2	6.25
หูขวา		
ปกติ	26	81.25
ผิดปกติ	6	18.75
ช่องปาก : ประเมินสุขภาพช่องปาก		
ความสามารถในการเคี้ยว กัด กลืนอาหาร		
ปกติ	15	46.88
มีปัญหา	17	53.12
ความเจ็บปวดในช่องปาก		
ไม่มีปัญหา	28	87.50
มีปัญหา	4	12.50
การมองเห็น : ประเมินการมองเห็น		
นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้อง น้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง		
ใช่	18	56.25
ไม่ใช่	14	43.75
อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้		
ใช่	23	71.88
ไม่ใช่	9	28.12
ปิดตาคุยที่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง		
ใช่	13	40.62
ไม่ใช่	19	59.38

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดเจนแต่ตรงกลาง ไม่เห็นระยะรอบข้างหรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ		
ใช่	3	9.38
ไม่ใช่	29	90.62
ภาวะขาดสารอาหาร Mini Nutritional Assessment: MNA (Full Form)		
โภชนาการปกติ	30	93.75
เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	2	6.25
สมรรถภาพสมอง : การทดสอบสภาพสมอง : MMSE-T 2002		
ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม	30	93.75
สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม	2	6.25
กระดูกพรุน : OSTA index		
เสี่ยงสูง	20	62.50
เสี่ยงปานกลาง	10	31.25
เสี่ยงต่ำ	2	6.25
ข้อเข่าเสื่อม : การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก		
มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	18	56.25
ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	14	43.75
ภาวะหกล้ม : Time up and Go Test (TUGT)		
ปกติ	19	59.38
มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	13	40.62
การกลืนปัสสาวะ: การตรวจประเมินภาวะกลืนปัสสาวะ		
ไม่มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะรด	28	87.50
มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะรด	4	12.50
ปัญหาการนอน: ตรวจประเมินโดยการสอบถามอาการนอนไม่หลับ		
ไม่มีปัญหาการนอนหลับ	24	75.00
มีปัญหาการนอนหลับ	8	25.00
กิจวัตรประจำวัน : ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADLs)		
กลุ่ม 1 ติดสังคม (Independent)	32	100.00
กลุ่ม 2 ติดบ้าน (Partial-dependent)	0	0.00
กลุ่ม 3 ติดเตียง (Dependent)	0	0.00

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า : 2Q		
ปกติ	24	75.00
มีความเสี่ยง	8	25.00
ประเมินความโดดเดี่ยว		
ต่ำ	28	87.50
ปานกลาง	4	12.50

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ 5 อันดับแรก มีดังนี้

1) ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความเสี่ยงสูงจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 53.13 รองลงมาคือ ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.62 และความเสี่ยงน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25

2) ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุน พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความเสี่ยงสูงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 และความเสี่ยงต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25

3) การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25

4) การประเมินสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีปัญหาความสามารถในการเคี้ยว กัด กลืนอาหาร จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 53.12 และมีปัญหาความเจ็บปวดในช่องปาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50

5) การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Time up and Go Test: TUGT) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.62

ส่วนที่ 3 การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและการแปลผลความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

รายการประเมิน	ค่าคะแนนเฉลี่ย			
	ก่อน	การแปลผล	หลัง	การแปลผล
1. มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง “ความผิดปกติของสุขภาพที่สำคัญเบื้องต้น”	2.88	ปานกลาง	4.66	มากที่สุด
2. มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง “โรคสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ”	2.88	ปานกลาง	4.66	มากที่สุด
3. มีความรู้ความเข้าใจแนวทางการต่อสู้กับสถานการณ์โควิด-19	3.81	มาก	5.00	มากที่สุด
4. รับทราบปัญหาสุขภาพของตนเอง และพร้อมสำรวจตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ	3.84	มาก	4.84	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนทำโครงการ ร้อยละ 100.00 มีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังทำโครงการมากกว่า

ส่วนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและการแปลผลความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
1. ด้านวิทยากร	5.00	ดีมาก
2. ด้านสถานที่/ระยะเวลา/อาหาร	4.65	ดีมาก
3. ด้านการให้บริการของผู้จัดโครงการ	5.00	ดีมาก
4. ด้านความรู้/ความเข้าใจ/การนำไปใช้	4.70	ดีมาก
โดยรวม	4.83	ดีมาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมี โดยรวมเท่ากับ 4.83 อยู่ในระดับดีมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ

ข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมโครงการ

- 1) เป็นโครงการที่ดี อยากรให้มีการจัดกิจกรรมบ่อยๆ (2 คน)
- 2) เป็นกิจกรรมที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (1 คน)
- 3) เป็นโครงการที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุได้ดีมาก (2 คน)
- 4) สถานที่โปร่ง มีสื่อการสอนที่ดี และได้มีการทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม (2 คน)
- 5) อาหารอร่อย อากาศถ่ายเทสะดวก สถานที่เหมาะสม (2 คน)

9. ใช้ประโยชน์จากโครงการบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อนำไปพัฒนา

9.1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม ได้ร่วมกันเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ

ทำงานด้วยกันเพื่อเป้าหมายคุณภาพชีวิต (Quality of life) หรือสุขภาวะ (Well-being) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนยายหอมอย่างต่อเนื่อง

9.2 อาจารย์พยาบาลได้เพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติการวิชาชีพโดยตรงกับผู้รับบริการ (Faculty practice) เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และวิธีการ/แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือชะลอความรุนแรงการเกิดโรคเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพ ตามหลักวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์

9.3 ชุมชนตำบลดอนยายหอมเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ร่วมกันของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน คณาจารย์ และนักศึกษา นำไปสู่การเชื่อมโยงหรือบูรณาการเรียนการสอนในหลักสูตร โครงการวิจัย และโครงการบริการวิชาการในสังคมต่อไป



ภาพที่ 1 แสดงการจัดโครงการ “คัดกรองโรคภัย สํารวจกาย สํารวจใจ ผู้สูงวัย สู้ภัยโควิด” ที่มาของภาพ โดย กฤษณาริ แยมเพ็ง

สรุป

เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ 5 อันดับแรก คือ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคระดุกพรุน มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีปัญหาความสามารถในการเคี้ยว กัด กลืนอาหาร และมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอย่างเสมอภาคแห่งชาติ (National Center for Equitable Care for Elders: NCECE) เรื่อง ความต้องการการสนับสนุนของผู้สูงอายุในการส่งเสริมด้านสุขภาพเพื่อการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมอย่างมีสุขภาพ พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการประกอบด้วย การสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหาการเคลื่อนไหวและความคล่องตัวที่ลดลง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แหล่งบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม บริการสำหรับการรักษาและป้องกันผู้ที่มีปัญหาความจำเสื่อม และกลุ่มอาการทางจิต การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและได้รับการสนับสนุนผู้ดูแล (NCECE, 2016) และ

หลังจากการดำเนินโครงการเสร็จสิ้น คณะดำเนินโครงการได้สรุปข้อมูล และนำเสนอให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (Supportive services) สำหรับผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย ซึ่งควรเป็นการบริการเต็มรูปแบบ (Full service) ในกรณีที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่แทนผู้ให้บริการได้ แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพัง เช่น อยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุสูงวัยด้วยกัน จึงมีความจำเป็นต้องจัดบริการแบบเฉพาะเจาะจงให้กับผู้สูงอายุ (สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล, 2564) ตามกรอบแนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” เพื่อเป้าหมายพหุผลของผู้สูงอายุ คือ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง (วัชรวิภา วัชรวิบูลย์, 2564) และส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/5/155>.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. ๒๕๖๓*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/laws/th1601447155-817_0.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2566). *ยึดหลัก DMHTT เพื่อรับมือโควิด-19 ระลอกใหม่*. สืบค้นจาก <http://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16434&deptcode=brc>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สื่อประชาสัมพันธ์: ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.pr.moph.go.th/?url=pr/index/5/12/>.
- กัลยาภรณ์ เขยโพธิ์. (2561). การเปรียบเทียบแบบประเมินผู้สูงอายุในชุมชนแบบครอบคลุมกับแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม. *แพทยสารทหารอากาศ*, 64(3), 85-88.



- ณปภข สัจฉานกุล. (2564). *การสูงวัยในที่เดิมอย่างมีสุขภาพ : ข้อเสนอตัวแบบนโยบายจากบทเรียนต่างประเทศ*. เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์เวทีกลยุทธ์ “การสูงวัยในที่เดิม (Aging in Place) : ข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (น.1-5). กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2565). “สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๔”. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทินกร วงศ์ปการันย์ และณพทัย วงศ์ปการันย์. (2563). *แบบวัดความรู้สึกว่าเหวี่ยงชีแอลเอ ฉบับ 20 ข้อ ปรับปรุงจาก UCLA Loneliness Scale V.3*. สืบค้นจาก <http://www.pakaranhome.com/index.php?lay>.
- พัชราภรณ์ ตังชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 182-194.
- เพ็ชรรัตน์ ไสยสมบัติ และดลฤดี สุวรรณศิริ. (2565). การปรับตัวของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์โควิด-19. *วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์*, 7(3), 100-114.
- วีชรา ธีวโพบูลย์. (2564). *Ageing in Place: สรุปสถานการณ์ปัญหาและความท้าทาย*. เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์เวทีกลยุทธ์ “การสูงวัยในที่เดิม (Aging in place) : ข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (น.1-2). กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2560). *แผนมาตรฐานด้านผู้สูงอายุ : ครอบคลุมประชากรชาติกับประเทศไทย*. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 16(2-3), 80-86.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป*. สืบค้นจาก http://www.ssko.moph.go.th/news2/upload_file/202102041143442.pdf
- สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล. (2564). *มาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย*. เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์เวทีกลยุทธ์ “การสูงวัยในที่เดิม (Aging in Place) : ข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (น.1-3). กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔*. สืบค้นจาก https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422.
- สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) ฉบับประชาชน*. สืบค้นจาก <http://nscr.nesdc.go.th/ns/>.
- อิทธิพร ขำประเสริฐ. (2565). *คู่มือ: แนวทางสำหรับการเขียนเอกสารโครงการของมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. กลุ่มงานแผน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- The National Center for Equitable Care for Elders: NCECE. (2016). *Aging in place: A resource for health centers*. Retrieved from https://ece.hsds.harvard.edu/files/ece/files/aging_in_place_final.pdf

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

กรเกล้า รัตนชาญกร*, ปาฬินทร์ธรรมา ธนาพันธ์ธวัชกุล*, เกล้ากร รัตนชาญกร**

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยมีระดับของความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีระดับของความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ การสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ รวมถึงทักษะการตัดสินใจที่ดี ซึ่งทักษะการตัดสินใจที่ดีเกิดขึ้นจากความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ ประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาในอดีตที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง จนทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566 หน้า 85-97

* อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตะโกสูง อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม

Corresponding author, E-mail: kornklaop@christian.ac.th Tel. 082-6145469

วันที่รับบทความ: 18 เมษายน 2566, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 10 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับบทความ: 15 มิถุนายน 2566



Development of Health Literacy among the Older Adults for Good Quality of Life

Kornklaop Rattanachankorn*, Palinrada Thanapatthiwakul*, Klaokorn Rattanachankorn**

Abstract

Health literacy is a key outcomes factor of the elders' health behaviors; therefore, development of health literacy is necessary. In the current situation, the elderly in Thailand still has an insufficient level of health literacy. because of personal factors, cultural factors, and environmental factors. It affects health care behaviors, causing a decrease in quality of life of the elderly. It also raises the risk of developing the disease and complications that lead to emergency treatment, frequent hospitalization, and higher mortality rates. Having a high level of health literacy among older people will result in good health behaviors. Therefore, the elderly need to have cognitive skills, communication skills, access to health information and health services, information literacy, as well as good decision-making skills based on health information that the elderly receive. Experiences from the past have helped older people to choose healthy behaviors and avoid risk behavior which led to good health and quality of life.

Keywords: Health literacy, Older adults, Quality of life

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(1), 85-97

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

** Public Health Technical Officer, Professional Level. Director of Bantagoosong Sub District Health Promoting Hospital, Dontum District, Nakhon Pathom Province

Corresponding author, E-mail: kornklaop@christian.ac.th Tel. 082-6145469

Received: 18 April 2023, Revised: 10 June 2023, Accepted: 15 June 2023

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่ประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากปัจจุบันที่มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 600 กว่าล้านคน คาดการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 และ 2 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 และ 2050 ตามลำดับ จากผลสำรวจประเทศญี่ปุ่นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศสิงคโปร์และจีน (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวได้ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไป ทำให้จำนวนของวัยแรงงานลดลง พบผู้สูงอายุทำงานเพิ่มขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) และสถิติจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2564 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 10,498,337 คน 10,952,703 คน 11,437,695 คน 11,677,914 คน และ 12,126,016 คน ตามลำดับ (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี จนในปี พ.ศ. 2565 จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 66,090,475 คน พบผู้สูงอายุจำนวน 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งประเทศ โดยแบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 7,076,288 คน คิดเป็นร้อยละ 55.73 เพศชาย 5,622,074 คน คิดเป็นร้อยละ 44.27 และเมื่อจำแนกตามช่วงอายุของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 56.07 อายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 29.48 และอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 14.45 (กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการรับรู้และความพึงพอใจในการ

ดำรงชีวิตที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการเสื่อมถอยด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคลในช่วงวัยดังกล่าว และมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพรวมทั้งคุณภาพชีวิตในระยะยาว (World Health Organization, 2006)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล ในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (World Health Organization, 1998) นอกจากนี้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) แผนแม่บทที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี เป้าหมายเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีความเป็นอยู่ดี โดยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นตัวชี้วัด และมีแผนเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาโดยการสร้างเสริมความรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย รวมถึงผู้สูงอายุ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พัฒนาภาคีเครือข่ายประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น ให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและกลไกการสื่อสารประชาสัมพันธ์แบบบูรณาการทุกระดับ และกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ เนื่องจากประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย ในขณะที่ข่าวสารด้านสุขภาพมีจำนวนมาก ขาดระบบการคัดกรองและการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทำให้

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ในเชิงนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งมีข้อเสนอแนะการปฏิรูปด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ปฏิรูปยุทธศาสตร์และกลไกในการขับเคลื่อนด้านความรู้และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ
2. ปฏิรูประบบการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย
3. จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ
4. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ควรร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate school) โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate hospital) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate communication)

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคไข้วัดใหญ่ การคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลข่าวสาร และการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค (Dewalt et. al., 2004) ทั้งนี้อาจเกิดจาก

การขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและการดูแลสุขภาพของตนเอง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจจะสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ คุณลักษณะของบุคคล เช่น ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การมีอายุมากขึ้น จากผลการศึกษาของมังกานีเอลโล (Manganello, 2008) พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมจะเน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าถึงสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือ และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุศึกษา หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งนัทบีม (Nutbeam, 2009) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญว่าควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุศึกษา และกิจกรรมการสื่อสาร ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานสุศึกษา ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ในระดับบุคคลความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และมีรายงานวิจัย บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่และมีการใช้บริการสุขภาพที่ต่ำ (Berkman et al., 2011) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อยและมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนัก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพสูง (Kutner et al., 2007)

คุณลักษณะของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะเศรษฐกิจ การมีอายุมากขึ้น จากการศึกษาของมังกานีเอลโล (Manganello, 2008) พบว่า ปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ และสื่อสาธารณะ ทั้งนี้กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) เน้นว่าบุคคลจะสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้สื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพอันเป็นทักษะ กระบวนการทางสังคมและปัญญา เพื่อนำไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุตา บุญขยาย (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษา

เขตสุขภาพที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.63 อายุระหว่าง 45-59 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.88 คะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.15 ด้านความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.18 ด้านการซักถามอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 54.78 ด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.28 ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.24 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.30 ด้านสภาวะสุขภาพพบว่ามีปัญหาด้านสายตา ร้อยละ 40.77 ปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 5.66 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษาด้านความเพียงพอของรายได้ และการรับรู้หนังสือโดยการอ่าน การเขียนที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบให้กับบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งจัดปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้ตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสนับสนุนให้มีสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านอายุ และปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ในต่างประเทศ ผลการศึกษาของกัชมาเรียนและคณะ (Gazmararian et al., 1999) ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการสวัสดิการสังคม ซึ่งมีการใช้ภาษาอังกฤษและภาษาสเปน โดยใช้แบบวัด The shorten test of functional health

literacy in adult (S-TOFHLA) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ แตกต่างตามตัวแปรสำคัญ ได้แก่ เชื้อชาติ ภาษาหลักที่ใช้ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม โดยคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ได้แก่ คนผิวดำ สูงอายุ หรือมีอายุมากกว่า 85 ปี และมีระดับการศึกษาต่ำ ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือการศึกษาระยะยาว ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของซูโดเร และคณะ (Sudore et al., 2006) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและความแตกต่างในสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพในรัฐเพนซิลเวเนีย โดยใช้แบบประเมินการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ แบบประเมิน Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) ในการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,512 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 75.6 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 52 มีผิวดำร้อยละ 38 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำร้อยละ 24 โดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ เพศชาย ผิวดำ รายได้ต่ำ ระดับการศึกษา โรคเบาหวาน อาการซึมเศร้า และภาวะสุขภาพที่ประเมินตนเองว่าอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง และเมื่อพิจารณาตัวแปรเกี่ยวกับ สถานะทางสุขภาพ และโรคที่เกิดร่วมกันแล้ว พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา หรือต่ำกว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่ำกว่า ประมาณ 2 เท่า ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือการศึกษาระยะยาว ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ และการตอบแบบวัดด้วยตนเองทำให้เกิดอคติจากความทรงจำได้ และการศึกษาของเชน และคณะ (Chen et al., 2013) ที่ศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการ

ใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรคของผู้สูงอายุได้หวั่น โดยสร้างแบบวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการ ใช้ความรู้และการใช้กระบวนการคิด ส่วนการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคใช้แบบจำลอง SEM (Structural equation modeling) ผลการศึกษาพบว่าแบบจำลอง SEM มีความสอดคล้อง ซึ่งบ่งชี้ว่าการสร้างแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแสดงให้เห็นผลทางบวกที่อยู่ในระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลทางบวกที่อยู่ในระดับเล็กน้อยต่อการ ใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในประเทศไทย การศึกษาของนริศรา แก้วบรรจจักร ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และกฤตกันทร สุวรรณพันธุ์ (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดีขึ้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองพบว่า อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 80 ซึ่งอาจเป็น ข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการแสวงหาความรู้และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคประจำตัว โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน ทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคประจำตัวในระดับ ถูกต้องถึงถูกต้องที่สุด มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับไม่ถูกต้องหรือถูกต้องบ้าง ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาข้างต้นว่า บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพหรือเกี่ยวกับโรค ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม สามารถดูแลตัวเอง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ สุขศรี และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม (2560) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมีเพียงร้อยละ 0.53 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุดคือ ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ในการปฏิบัติที่ถูกต้อง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ความสามารถในการควบคุมอาหาร และความสามารถในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง และการไม่มีโรคประจำตัว การไม่มีหนี้สิน ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ดังนั้นการพัฒนาทักษะของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสมจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ผลการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) พบว่า ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร 1-4

ครั้งต่อเดือน มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน เนื่องจากมีกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ (กิจปพน ศรีธานี, 2560) ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องลดข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการเรียนรู้ในการพัฒนาให้เกิดขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟัง การอ่านและการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เกิดข้อจำกัดในการสื่อสาร โดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการตัดสินใจและทักษะการเลือกปฏิบัติ ซึ่งทักษะด้านนี้เป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมและทักษะที่สั่งสมมา ผู้สูงอายุจึงคิด ตัดสินใจ และเลือกในสิ่งที่ตรงกับความต้องการของตนได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงควรเป็นการพัฒนารายบุคคล จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยและจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่ม และจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล สำหรับผู้สูงอายุมีปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพหลายปัจจัย เช่น การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ และพื้นฐานความรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่างๆ โดยการศึกษาข้อมูล นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพัฒนาตนเอง ทำให้เกิดความรู้ความสามารถ ซึ่งความรู้และสมรรถนะ

นี้จะทำให้เกิดการปฏิบัติที่ทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความรู้ที่ถูกต้องจากการศึกษาค้นคว้าและมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนเมื่อผนวกกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝน ทำให้ให้เกิดผลต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อเจอกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ เช่น การชักชวนดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ในการเข้าสังคม จะทำให้มีวิธีการสื่อสารและปฏิบัติ เพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์สินธุชัย และคณะ (2565) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงในคลินิกหออกรับจังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยขั้นตอนของรูปแบบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลง 2) เข้าใจเข้าใจโรคของเรา 3) สื่อสารและตัดสินใจทางสุขภาพ 4) กำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเอง และ 5) ปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งผลของการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และควบคุมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงได้ ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลทางตรงต่อวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้สุขภาพที่ดี หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม

นอกจากนี้ในสังคมปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากในทุกแห่ง โดยเฉพาะในสังคมออนไลน์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัยได้ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองและเผยแพร่กับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งวัชรพร เขยสุวรรณ (2560) ได้กล่าวไว้ว่า ความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุ แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและแนวทางการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรู้ด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหาทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกันพยาบาลสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้โดยมีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การสร้าง

สัมพันธ์ภาพและสื่อสารในทางที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ซึ่งการสื่อสารที่ดียังสามารถเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล (2558) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ ซึ่งมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญา อันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทสัมผัสต่างๆ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและการจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้นและมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำข้อมูลสุขภาพหรือใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง

แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ครอบคลุมภาคีเครือข่ายประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น จนถึงระดับครอบครัวและบุคคล ให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ รวมถึงการพัฒนาาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และกลไกการสื่อสารประชาสัมพันธ์แบบบูรณาการทุกระดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ดังนั้นแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุควรมีดังนี้

1. ทรนรงค์สร้างกระแสให้เกิดความตระหนักต่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านสื่อช่องทางต่างๆ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

2. พัฒนาผู้ให้บริการมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อจะได้นำไปสู่การจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง มีหน้าที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ สื่อสาร ตัดสินใจและใช้ข้อมูลสุขภาพในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับควรร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเทศบาล แหล่งประโยชน์ในชุมชนต่างๆ เช่น วัด โรงเรียน มูลนิธิต่างๆ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกัน เพื่อวางแผนในการดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

4. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้สูงอายุ การสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การสื่อสารแบบเผชิญหน้า (Face to face contact) เป็นการสื่อสารแบบสองทาง โดยใช้คำพูดสั้นๆ กระชับ ถูกต้อง สื่อสารตรงประเด็น สำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น บกพร่องการได้ยิน การมองเห็น หรือมีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การคิด การตอบสนอง ความจำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีทัศนคติที่ดีกับผู้สูงอายุ และต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการสื่อสาร เช่น เปิดไฟหรืออยู่ในสถานที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ สถานที่เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน มีสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ หรืออาจใช้ท่าทางประกอบการสื่อสาร รวมไปถึงการใช้ภาษาท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจเนื้อหาที่ต้องการสื่อสาร



5. จัดทำสื่อที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งสื่อที่ได้นั้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และสื่อที่ใช้กับผู้สูงอายุควรเป็นสื่อที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย กระชับ มีภาพ เสียง หรือวิดีโอประกอบ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น บกพร่องการได้ยิน การมองเห็น ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุคนอื่น ซึ่งสื่อที่จะจัดทำขึ้นนั้นควรมีองค์ประกอบหัวข้อเรื่องของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ หรือการจัดการอารมณ์ ความเครียด การจัดการภาวะฉุกเฉิน หรือพัฒนาเป็นคู่มือการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

6. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มทำขนม กลุ่มสวนตะกร้า เป็นต้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้รับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการ การทัศนศึกษา ตลอดจนได้สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลากรทางการแพทย์ (จุฑาพร เกษมภักดีพงษ์, ศิริพร เทพสุตร และปฏิภาส สาแข, 2558)

7. จัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพ รวมถึงมีแหล่งเรียนรู้และสถานที่ในการจัดกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือจัดเป็นศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน เพื่อเป็นสถานที่ที่ใช้ในการพบปะพูดคุย เพื่อเพิ่มเติม แลกเปลี่ยน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างบุคคลากรด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน มีการแลกเปลี่ยน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างประชาชนในชุมชนด้วยกันเอง รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนด้วย ผ่านการ

ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่กันจากบุคคลต้นแบบที่มีความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ ตามมา

8. เสริมสร้างพลังสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยการสร้างระบบบริการสุขภาพที่ช่วยติดตาม ประเมินหรือทวนสอบ ความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุเป็นระยะ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ ทางไลน์แอปพลิเคชัน และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นครบถ้วน และถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้นำความรู้ความเข้าใจไปสู่การปฏิบัติ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในทางที่ถูกต้อง ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคประจำตัว ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพ ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา สถานที่ รวมถึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการปรึกษาด้วยความรู้สึกที่ไว้วางใจ และเชื่อมั่น รวมไปถึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

บทสรุป

การพัฒนาความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ต้องตระหนักถึง และต้องเร่งดำเนินการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรณรงค์ให้มีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การให้ผู้บริการสุขภาพมีความรู้

ความเข้าใจเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ การร่วมมือกันระหว่างแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน การสร้างสื่อและการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม และการจัดให้มีโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีต้นแบบที่ดี จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ

แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ต่างๆ ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุด้วยกัน หรือระหว่างผู้สูงอายุกับประชาชนในกลุ่มวัยอื่น ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

เอกสารอ้างอิง

- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(1)*, 26-36.
- กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *สถิติผู้สูงอายุ ปีพ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9(2)*, 1-8.
- จุฑาทพร เกษมภักดีพงษ์, ศิริพร เทพสุตร และปฏิภาส สาแข. (2558). พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ, 1(1)*, 30-42.
- นริศรา แก้วบรรจจักร ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และกฤษกันทร สุวรรณพันธ์. (2563). ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสี อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3)*, 1-15.
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุฉ่ำ (2554). *รายงานการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1)*. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์
- วชิราพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ, 44(3)*, 183-197.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). *ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทระดับบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- ศิรินันท์ สุขศรี และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 17(4), 73-84.
- ศรีสุดา บุญขยาย. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4. สืบค้นจาก <https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/cms-of-36/download/?did=207593&id=80115&reload=>
- สมจิตต์ สีนุชชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กัญยรัตน์ อุบลวรรณ และปัฐยาวัชร ปรากฏผล. (2565). รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. *วารสารสภาการพยาบาล*, 37(1), 58-74.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *สรุปผลที่สำคัญ การงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข*.
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). *สถิติประชากร รายจังหวัด ตามช่วงอายุ*. สืบค้นจาก <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportStat/3>
- Berkman, N.D., Davis, T.C., McCormack, I. (2011). *Health Literacy: What is it?*. *Journal of Health Communication*, 15, 9-19.
- Chen, J. Z., Hsu, H. C., Tung, H. J., & Pan, L. Y. (2013). Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults. *Geriatr Gerontol Int*, 13(1), 70-76.
- Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*, 19(12), 1228-1239.
- Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of American Medication Association*, 281(6), 545-551.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Boyle, B., Hsu, Y., and Dunleavy, E. (2007). *Literacy in Everyday Life: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2007-480)*. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.



- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research, 23*(5), 840-847.
- Nilnate, W. (2014). Health literacy in Thai elders in senior citizen club of Bangkok. (Doctoral). Chulalongkorn University, Bangkok.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies. *J Public Health, 54*, 304-305.
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., & Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(5), 770-776.
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. *Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, Geneva* World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). WHOQOL-OLD manual. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf

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. บทความวิชาการทางการแพทย์

การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

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

1.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาว 10-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรมากเกิน 20 รายการ

1.2 บทความวิชาการ ความยาว 9-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรมากเกิน 20 รายการ

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

3. **ชื่อผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ (Authors)** ให้ใส่ชื่อครบทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.” ใส่เครื่องหมาย * ต่อท้าย สำหรับ Footnote ใต้บทคัดย่อหรือ 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 ความยาวไม่ควรเกิน 250 คำ โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามหัวข้อดังนี้ ดังตัวอย่าง

- 4.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย (Purpose)
- 4.1.2 รูปแบบการวิจัย (Design)
- 4.1.3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)
- 4.1.4 ผลการวิจัย (Main findings)
- 4.1.5 สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations)
- 4.1.6 คำสำคัญ (Keywords)

4.2 บทคัดย่อของบทความวิชาการ ความยาวไม่เกิน 250 คำ ทั้งบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทย

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

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

7. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา จะต้องมีการเขียนของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. รูปแบบของการเขียนบทความ

8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ ดังนี้

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

8.1.2 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

8.1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8.1.4 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย ต้องอธิบายพร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอสังเขป

8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตาราง 1

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

	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกลด	- 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 และหน้าที่ 2

8.2.2 เนื้อหาบทความอยู่หน้าที่ 3 ประกอบด้วยบทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป โดยเนื้อหาบทความควรเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ และนำไปสู่บทสรุป ข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล

9. การเขียนอ้างอิง

การเขียนอ้างอิงประเภทต่างๆ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ APA (6th edition) ดังตัวอย่าง

9.1 อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

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

9.2 อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

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

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

9.3 อ้างอิงจากวารสาร

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

9.4 อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ และวิจัย

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

9.4 อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ และวิจัย (ต่อ)

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

9.5 รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding) ในรูปแบบหนังสือและออนไลน์

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

9.6 สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

9.6.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (eBook)

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

9.6.2 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

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

9.6.3 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ปรากฏเลข DOI

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

9.6.4 ข้อมูลจาก Website

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

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

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

10. การส่งบทความและการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

10.1 ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา และหากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

10.2 ส่งบทความตีพิมพ์ในรูปแบบไฟล์ word และไฟล์ PDF และ “แบบฟอร์มรับรองจริยธรรมการนำเสนอบทความ” จากเว็บไซต์ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php ส่งไปอีเมลล์ของวารสาร nursejournal@christian.ac.th

10.3 การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ โดยจะเริ่มใช้กับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2566 เป็นต้น

10.3.1 ผู้เขียนที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยคริสเตียน ชื่อเรื่องละ 3,000 บาท และแบ่งชำระ 2 งวด ดังนี้

10.3.1.1 งวดที่หนึ่ง ค่าธรรมเนียมพิจารณาบทความและประเมินคุณภาพบทความ จำนวน 2,000 บาท (ชำระทันทีที่ส่งบทความมาพิจารณา) พร้อมส่งไฟล์บทความในระบบ ThaiJO ทั้งนี้หากผลประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธตีพิมพ์ (Rejected) ผู้เขียนไม่สามารถขอเรียกค่าธรรมเนียมคืนไม่ว่ากรณีใดๆ

10.3.1.2 งวดที่สอง ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จำนวน 1,000 บาท (ชำระเมื่อบทความได้รับตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารได้)

10.3.2 ผู้เขียนที่เป็นบุคคลทั่วไป ชื้อเรื่องละ 3,500 บาท และแบ่งชำระ 2 งวด ดังนี้

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

10.3.2.2 งวดที่สอง ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จำนวน 1,000 บาท (ชำระเมื่อบทความได้รับตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารได้)

โดยโอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาพระประโทน (นครปฐม) ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่บัญชี 404-052839-7 (ส่งหลักฐานการโอนเงินพร้อมจดหมายนำส่งมาที่ E-mail : nursejournal@christian.ac.th เพื่อเป็นหลักฐานในการออกใบเสร็จรับเงิน

11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

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

11.2 ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

11.3 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ภายในสถาบันกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.4 บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขพร้อมชี้แจงการปรับแก้ไขในรูปแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปเล่มของวารสาร 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

ตัวอย่างบทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4*

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

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ คุณลักษณะของหน่วยบริการ (ขนาดของหน่วยบริการ และการถ่ายโอนอำนาจ) และคุณลักษณะของพยาบาล (อายุ การศึกษาเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ) 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 และได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสภาการพยาบาล 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.

www.christian.com

มหาวิทยาลัยคริสเตียน วิทยาเขตหลักนครปฐม

144 หมู่ 7 ต. กอนยาวหอม อ. เมืองนครปฐม

จ.นครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555, 081-9419995

โทรสาร 0-3427-4500

มหาวิทยาลัยคริสเตียน ศูนย์ศึกษายามคอมเพล็กซ์

ชั้น 8-9 อาคารสภาคริสตจักรในประเทศไทย

เลขที่ 328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

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