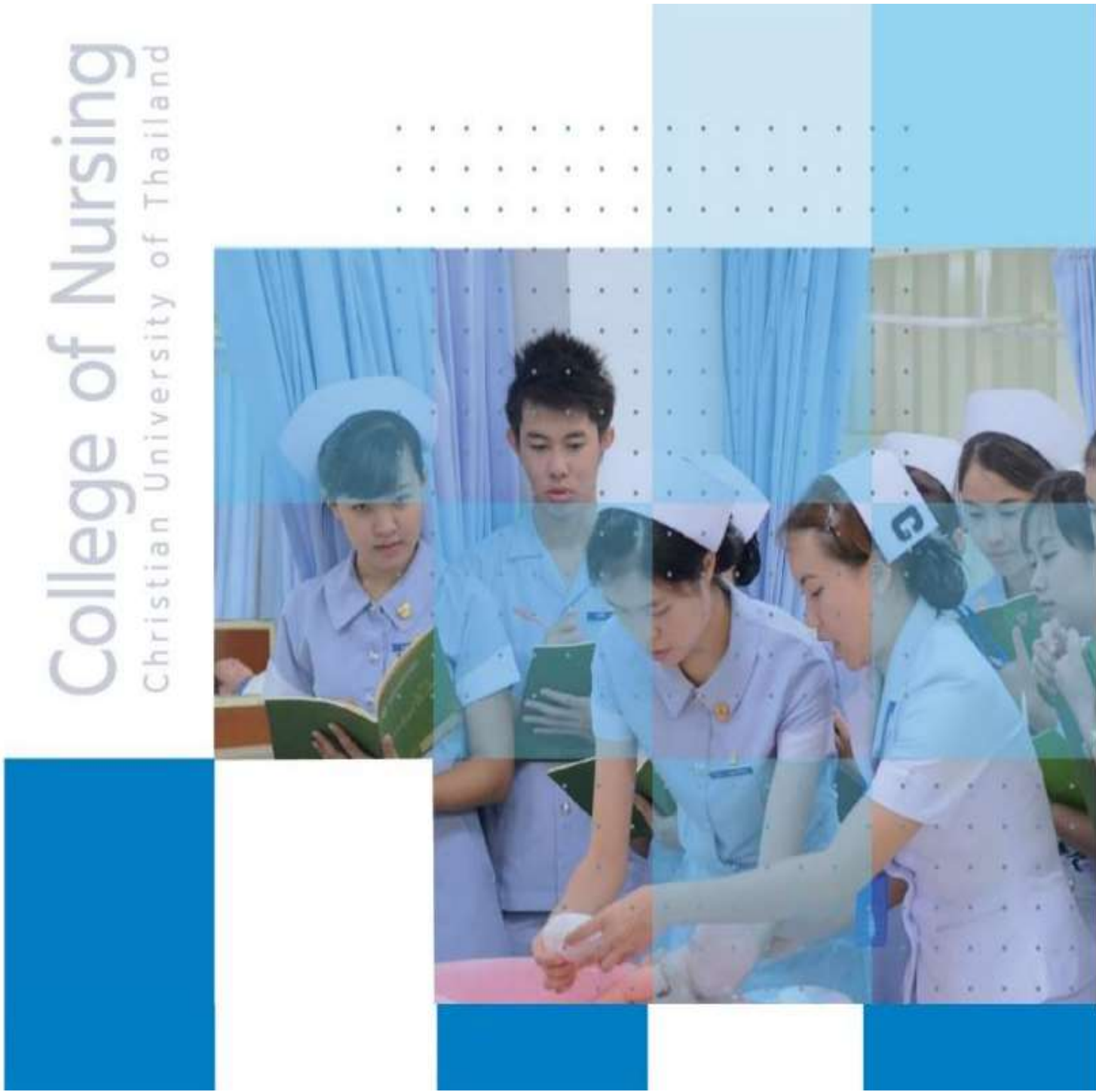
# วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

# Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2567
Vol. 11 No. 1 January-June 2024
ISSN 2985-1629 (Online)



**วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน**
**Journal of Nursing Science Christian University of Thailand**
**ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2567**
**Vol. 11 No. 1 Janurary-June 2024 ISSN 2958-1629 (Online)**

**เจ้าของ :** มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**กองบรรณาธิการที่ปรึกษา :**

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

**บรรณาธิการ :** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

**กองบรรณาธิการ :**

| | | |
|---|---|---|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ | สิริธรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา | ภู่ไพบูลย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา | จีระแพทย์ | ข้าราชการเกษียณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช | บุญยัง | ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร | กลัมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร | ภูมนสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล | นิมิตรอานันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา | แดงด้อมยุทธ์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร | คำผลศิริ | สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร | พูลรักษ์ | มหาวิทยาลัยอัญสัมชัญ |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร | รุจนเวช | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก | ศรีทุมมา | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปราณี | แตงวงษ์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปุณยนุช | พิมใจใส | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

**ฝ่ายจัดการ** นางสาวประภัสร์ศิริ สังกระหวัด

**วัตถุประสงค์ (Aims)**

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

**ขอบเขต (Scope)**

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

1. สาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

**ประเภทของบทความ (Types of articles)**

บทความวิจัย (Research Article) และบทความวิชาการ (Academic Article)

**นโยบายการพิจารณาบทความ (Peer Review Policy)**

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

**จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)**

**จริยธรรมของบรรณาธิการ**

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

4. รักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยอยู่เสมอ

5. จัดระบบการตรวจสอบการคัดลอกผลงานในบทความอย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับในแวดวงวิชาการ ได้แก่ โปรแกรม “อักขราวิสุทธิ์” และโปรแกรม “Copycatch”

**จริยธรรมของผู้เขียน**

1. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาเป็นผลงานของผู้เขียนและผู้เขียนร่วมที่มีชื่อปรากฏตามที่ระบุไว้จริง

2. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์เป็นผลงานใหม่ และไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน

3. ผู้เขียนต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำข้อความมาใช้ในผลงานของตนเอง รวมทั้งต้องจัดทำเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความ

4. หากเป็นบทความวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุแหล่งทุนสนับสนุนการทำวิจัยไว้ในบทความด้วย และต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)

5. บทความที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้เขียนต้องมีหลักฐานยืนยันว่า บทความดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองแล้วหรือผ่านการอนุญาตจากผู้เกี่ยวข้อง

6. ผู้เขียนต้องรับรองความถูกต้องของเนื้อหาและรับผิดชอบความคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความที่ได้รับการตีพิมพ์

**จริยธรรมของผู้ประเมินบทความ**

1. พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์โดยอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของตนเองภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว

2. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งตีพิมพ์หรือข้อมูลผู้เขียน แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

3. ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน

4. หากผู้ประเมินตรวจสอบบทความที่รับการประเมิน พบว่า เป็นบทความที่คัดลอกผลงานของผู้อื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที

**จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์**

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

**กำหนดการออกวารสาร (Publication frequency)**

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน
ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

**สถานที่ติดต่อ** : คณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
โทรศัพท์ : 034-388-555 ต่อ 2204
E-mail : nursejournal@christian.ac.th
https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/issue/view/132

**จัดรูปเล่ม** : ฝ่ายเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
**ออกแบบปก** : ฝ่ายสื่อสารองค์กรและการตลาด มหาวิทยาลัยคริสเตียน

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer)

| | | |
|---|---|---|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย | สิงห์ช่างชัย | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร. จินตนา | วัชรสินธุ์ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา | ประจุศิลป | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.กนิษฐา | จำรูญสวัสดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี | ศรีมรกต | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง | ธีระทองคำ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร | เผ่าวัฒนา | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ | อารีเอื้อ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนุตตรา | ตะบูนพงศ์ | ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต | แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี | ชีวเกษมสุข | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีมนา | นิยมค้า | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 13. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรรัตน์ | เจริญสันติ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 14. รองศาสตราจารย์ ดร.นงคราญ | วิเศษกุล | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 15. รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช | ชูโต | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 16. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร | กฤษเจริญ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 17. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราภรณ์ | อารีย์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 18. รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ | ทิพย์วารีรมย์ | มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา | แดงด้อมยุทธ์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ | เที่ยงจรรยา | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร | ปุญญโสพรรณ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ | ทองสุข | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี | นามจันทรา | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล | วัตราดุลย์ | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร | พูลรักษ์ | มหาวิทยาลัยอัญสัมชัญ |
| 26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร | เนาว์สุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา |
| 27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล | ปทุมารักษ์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา | ต่อสกุลแก้ว | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนันท์ | วรรณศิริ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ | ฉัตรดอกไม้ไพร | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 31. อาจารย์ ดร.อาคม | ใสงาม | Lab Director Cryoviva (Thailand) Ltd. |
| 32. อาจารย์ ดร.ธนวรรณ | สินประเสริฐ | หัวหน้าแผนกตา โรงพยาบาลโพธาราม |

# สารบัญ


| | | หน้า |
|---|---|---|
| **บทบรรณาธิการ Editor's Message** | | ฉ |
| **บทความวิจัย** | | |
| ❖ ผลของโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี<br>The Effects of Prevention Pressure Injury with Nursing Process Program on Patient Risk at Ratchaburi Hospital | ศิริกัญญา อุสาหพิริยกุล<br>Sirikanya Usahapiriyakul | 1-16 |
| ❖ ผลของการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุต่อกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5<br>The Effect of Attending Elderly School of Social Activity among Elders in the Fifth Health Region | อุไรรัชต์ บุญแท้<br>Urairach Boontea | 17-33 |
| ❖ ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการโค้ชในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม<br>Effectiveness of Using the Coaching Model in Nursing Care for Patients with Hypovolemic Shock in the Emergency Room at Nakhon Pathom Hospital | สมคิด เริงขำกลั่น<br>Somkid Reongkhumklan | 34-51 |
| ❖ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด<br>Effects of a Structured Education Program on the Knowledge and Behavior of Caregivers of Children with Thalassemia at Roi Et Hospital | วิภาพร จันทนาม<br>Wipaporn Jantanam | 52-66 |
| **บทความวิชาการ** | | |
| ❖ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย<br>Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke: Two Case Studies | เกสราภรณ์ ม่วงมายา<br>Ketsaraporn Moungaya | 67-88 |

## บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการประเมินให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 2 (TCI Tier 2) ของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 ขณะนี้ กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ฯ ได้พัฒนาวารสารอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายคุณภาพต่อไป คือ การอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ผลของการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุต่อกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการโค้ชในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม และผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และบทความวิชาการการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 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

# ผลของโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในโรงพยาบาลราชบุรี

ศิริกัญญา อุสาหพิริยกุล*, ดวงชีวัน เงินอาจ**, ทัศนีย์ น้อยเทศ**

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์การวิจัย**: เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

**รูปแบบการวิจัย**: การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย**: กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 40 คน ที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ดังนี้ การดึงประสบการณ์ ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน การสะท้อนและอภิปราย วิเคราะห์ความเสี่ยงและปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การมีความคิด สรุปการประเมินความเสี่ยง และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ และ การทดลอง/การประยุกต์แนวคิดเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยกำหนดความต้องการการดูแลที่จำเป็น กำหนดแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล และ 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 57 คน ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย 4 แห่ง ที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับ ระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

**ผลการวิจัย**: ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับก่อนได้รับโปรแกรมฯ ร้อยละ 4.16 ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงเหลือ ร้อยละ 1.89

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** ควรส่งเสริมให้ใช้โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลราชบุรี

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ, แผลกดทับ, กระบวนการพยาบาล, ความรู้, ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

---

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2567 หน้า 1-16

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชบุรี

Corresponding author, e-mail: kanom2551@gmail.com Tel. 089-806-5870

วันที่รับบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 13 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับบทความ: 23 พฤษภาคม 2567

# The Effects of Prevention Pressure Injury with Nursing Process Program on Patient Risk at Ratchaburi Hospital

Sirikanya Usahapiriyakul*, Duangcheewan Ngenard **, Tussanee Noyted **

## Abstract

**Purpose:** This research aims to compare the knowledge of prevention of pressure injury before and after implementing a nursing process program, and to assess the incidence rate of pressure injury among patients at risk.

**Design:** Quasi-experimental (One-group pretest-posttest design)

**Method:** Samples consisted of 1) Forty registered nurses who received a prevention pressure injury with nursing process program on patient risk, comprising of four steps such as experience, reflection and discussion, summary of risk assessment and predictive factors, and experimentation/ application, and 2) Fifty-seven patients in the risk group of pressure injury who received nursing care by sample nurses at in-patient medicine ward, intensive medicine care unit, intermediate care and stroke unit between March and June 2023. The data were analyzed using statistics such as percentages, means, standard deviations, and paired t-test.

**Main findings**: The knowledge of registered nurses after receiving the pressure ulcer prevention program has a higher mean score than before receiving the program with statistical significance (p-value < 0.001). The incidence of pressure injury in patients at risk decreased from 4.16 percent before receiving the program to 1.89 percent after receiving the program.

**Conclusion and recommendations**: The study suggests that the use of pressure injury prevention programs in at-risk patients should be promoted through the utilization of nursing process programs to prevent pressure injuries in patients at risk at Ratchaburi hospital.

**Keywords**: Prevention pressure injury program, Pressure injury, Nursing process, Knowledge, Patient at risk

---

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(1), 1-16

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

** Registered Nurse, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author, e-mail: ratchaneekorn531@gmail.com, Tel. 06 3724 3344

Received: 20 February 2023, Revised: 13 May 2023, Accepted: 23 May 2023

**ความสำคัญของปัญหาการวิจัย**

แผลกดทับ (Pressure injury) เป็นปัญหาสำคัญที่ทั่วโลกให้ความสนใจศึกษาทั้งการป้องกันและการรักษา แม้จะมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าผลิตอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัยออกมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหาในประสิทธิภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วย จึงทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับไม่ลดลง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและป้องกันได้ สาเหตุการเกิดแผลกดทับมักเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจวิธีการป้องกันแผลกดทับของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

การดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value based health care) เป็นแผนยุทธศาสตร์ Thailand 4.0 ด้านสาธารณสุข สิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพที่เน้นคุณค่า คือ คุณภาพ (Quality) พยาบาลมีส่วนสำคัญยิ่งเพราะเป็นผู้นำแผนการดูแลรักษาไปลงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ถ้าพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้มีความสอดคล้องตามปัญหาเฉพาะราย ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันแผลกดทับ และทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลลดลง (สมาคมพยาบาลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย, 2566)

โรงพยาบาลราชบุรีได้ตอบสนองนโยบายเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goal) และการประกันคุณภาพการพยาบาล โดยจัดทำระเบียบปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลราชบุรี และการวางแผนจำหน่ายสู่ชุมชน ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Score Risk) และการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งรวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดให้ช่วงคะแนนบราเดน (Braden scale) ≤ 18 หมายถึง เริ่มมีภาวะเสี่ยง (At risk) ต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวคิด SSKIN Care Bundle (Yilmazer & Tuzer, 2022) ดังนี้ 1) ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด (Support surface) 2) ประเมินลักษณะผิวหนังตั้งแต่แรกรับ (Skin inspection) 3) จัดท่าและพลิกตะแคงตัว อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (Keep moving) 4) จัดการผิวหนังต่อความเปียกชื้น (Incontinence) และ 5) ดูแลภาวะโภชนาการ (Nutrition) และได้กำหนดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการใช้แบบประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ มีการกำหนดกิจกรรมการป้องกัน คือ ติดป้ายพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่านอนหรือใส่อุปกรณ์ป้องกัน และกิจกรรมให้ความรู้หรือแจกเอกสาร ซึ่งจากการสำรวจความชุกแผลกดทับของโรงพยาบาลราชบุรี ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 29 หอผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล 474 คน พบว่ามีแผลกดทับทั้งหมด 62 ราย อัตราความชุก (Prevalence rate) เท่ากับ 13.08 (เกณฑ์มาตรฐาน ไม่เกินร้อยละ 10) ตำแหน่งที่พบแผลกดทับมากที่สุด คือ ก้นกบ (ร้อยละ 48) รองลงมา กระดูกสะโพก (ร้อยละ 22) ส้นเท้า (ร้อยละ 15) และหู (ร้อยละ 8) ตามลำดับ ระดับของแผลกดทับที่พบมาก 5 อันดับ คือ ระดับ 3 (ร้อยละ 24)

ระดับ 2 (ร้อยละ 22) Deep tissue injury (ร้อยละ15) Medical related pressure injury (ร้อยละ 10) และระดับ 1 (ร้อยละ 7) (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี, 2566)

จากการวิเคราะห์ปัญหาและสังเกตการปฏิบัติหน้างาน พบปัญหาสำคัญ คือ 1) พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ในการประเมินความเสี่ยง และการป้องกันแผลกดทับ ตั้งแต่แรกรับ 2) พยาบาลวิชาชีพขาดการประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ 3) ผู้ป่วยไม่ได้รับการพลิกตะแคงตัวตามเวลาที่กำหนด 4) การบันทึกทางการพยาบาลในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลไม่ครบถ้วน และ 5) การให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแลยังไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่ ซึ่งต้องให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง การเกิดแผลกดทับสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีความเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การมีแผลกดทับอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เช่น การติดเชื้อ การสูญเสียภาพลักษณ์ เป็นต้น จึงต้องมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้เนื้อเยื่อถูกทำลายน้อยลงเมื่อเทียบกับการใช้มาตรฐานการดูแลทั่วไป (Avsar & Karagag, 2018; Whitty et al., 2017)

จากการทบทวนประสิทธิผลของกลยุทธ์การป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยหนัก และทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าความถี่ในการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก (Behrndt et al., 2014; Still et al., 2013) การศึกษาจำนวน 25 เรื่อง แสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการใช้ซิลิโคนปิดบริเวณก้นกบ และส้นเท้าในผู้ป่วยหนัก ในผู้ป่วยวิกฤตหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโภชนาการ การดูแลผิวหนัง การจัดตำแหน่งและการเปลี่ยนท่านอนตามตาราง และบทบาทในการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก สำหรับกลยุทธ์การให้ความรู้ในการลดอุบัติการณ์แผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการป้องกันแผลกดทับโดยผ่านการอบรม และสัมมนา 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง สำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก มีรายงานการลดลงของอุบัติการณ์แผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ (Uzun et al., 2009) ในส่วนของแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ กลยุทธ์ในการป้องกันแผลกดทับกลุ่มนี้ มีงานวิจัยที่ตรวจสอบประสิทธิภาพของหน้ากากให้ออกซิเจน พบการปรับปรุงที่สำคัญในการป้องกันอุปกรณ์โดยใช้วัสดุปิดแผลป้องกันต่างๆ (Hydrocolloid dressing and transparent film) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Tayyib & Coyer, 2016) สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยหนักที่กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระเองไม่ได้ ควรใช้แผ่นซับปัสสาวะผู้ใหญ่แบบใช้แล้วทิ้งในผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยง การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดบริเวณส้นเท้าในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง และควรใช้วัสดุปิดแผลป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบสะโพก ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการใช้ที่นอนเพื่อลดแรงกดทับด้วยที่นอนทางการแพทย์ ที่มีพื้นที่ผิวรองรับแบบรีแอคทีฟ สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Josephine, Paul & Sandra, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินสภาพผิวหนังและดูแลความสะอาดของผิวหนัง การดูแลภาวะโภชนาการ การจัดท่าพลิกตะแคงตัว การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด การจัดโปรแกรมให้ความรู้ และการจัดสิ่งแวดล้อม สามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2563) แม้ว่าพยาบาลได้มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจนอยู่แล้วก็ตาม แต่ไม่ทำให้สถิติการเกิดแผลกดทับลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียชื่อเสียงและค่าใช้จ่ายในการดูแลแผลกดทับ จึงต้องมีการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับ ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์ของคอล์บ (Kolb, 1984) ประยุกต์ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพราะการเกิดแผลกดทับสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับในทุกมิติ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ด้วยการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับส่งผลทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายน้อยลง ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment) โดยใช้แบบประเมินของบราเดนเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ แบ่งระดับของความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ เป็น 3 ระดับ (ต่ำ ปานกลาง สูง) และนำค่าคะแนนมาวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) โดยวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ตามระดับความเสี่ยง ใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) ที่วางแผนไว้ตามข้อค้นพบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และติดตามการประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ดังกล่าวต่อความรู้ทางการพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย** เพื่อเปรียบเทียบ

1. ความรู้ในการป้องกันแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์และกระบวนการพยาบาล

2. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์และกระบวนการพยาบาล

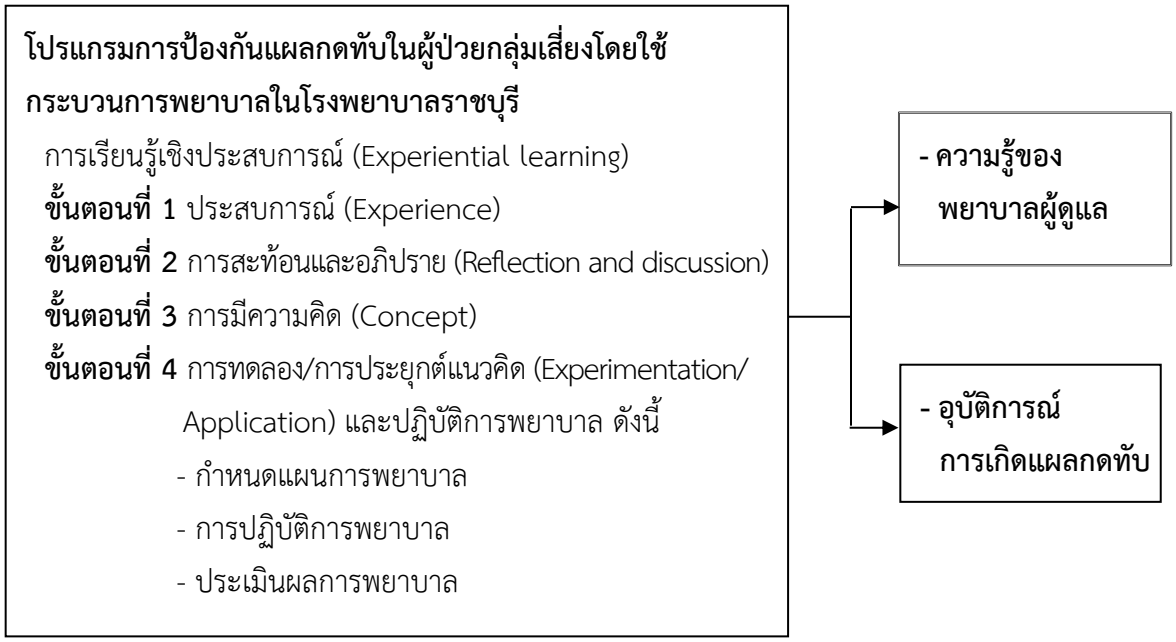
**สมมติฐานการวิจัย**

ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอล์บ (Kolb, 1984) และกระบวนการพยาบาลนำมาประยุกต์ใช้กับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ (Experience)

ดึงประสบการณ์ของพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and discussion) วิเคราะห์ความเสี่ยงและปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 3 การมีความคิด (Concept) สรุปการประเมินความเสี่ยง และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ และขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation /Application) ปฏิบัติการพยาบาลโดยกำหนดความต้องการการดูแลที่จำเป็น กำหนดแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ดังแผนภาพที่ 1 ดังนี้




**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอล์บ (Kolb, 1984)

**วิธีการดำเนินงานวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป สอบขึ้นทะเบียนและรับใบประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชบุรี และ 2) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่ยังไม่มีแผลกดทับโดยมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ≤18 คะแนน ในวันที่ 1 ที่รับไว้ เป็นผู้ป่วยใน จำนวน 451 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานใน 4 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย

อายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชบุรี เนื่องจากทั้ง 4 หอผู้ป่วยนี้ พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูง และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่มีแผลกดทับที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลราชบุรี ทั้ง 4 แห่ง ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูง โดยมีคะแนนประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน $\leq$ 18

การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยที่มีความคลึงจากผลการศึกษาที่ผ่านมาของอรนุช มกราภิรมย์ และอันธิกา คะระวานิช (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance)ที่ระดับ 0.05 ($\propto$=0.05) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 54 ราย ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 5 กลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 57 ราย

**เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)**

ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะวิกฤตรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

**เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง (Termination criteria)**

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่นอนพักในโรงพยาบาลนานกว่า 30 วัน หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. พยาบาลวิชาชีพที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ครบ 7 วัน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 ด้านผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม อุณหภูมิ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับอัลบูมิน ฮีมาโตคริต คะแนนบราเดน

1.1.2 แบบประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน Braden & Bergstrom (2000) ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการมีแรงเสียดทาน และแรงเฉือน โดยให้ระดับความเสี่ยงรายข้อ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน โดยคะแนนความเสี่ยงมากที่สุด คือ 1 คะแนน ความเสี่ยงต่ำที่สุด คือ 4 คะแนนในแต่ละด้าน ยกเว้นแรงเสียดทานและแรงเฉือน ให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน

1.1.3 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ เป็นแบบบันทึกการตรวจพบแผลกดทับในบริเวณต่างๆ ของร่างกาย ใช้ประเมินอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และรายละเอียดของเครื่องมือโดยย่อ เช่น เป็นการประเมินลักษณะผิวหนัง แบ่งเป็นระดับ 4 ระดับ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป โดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) Pressure Injury Staging (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016) กำหนดให้แผลกดทับระดับที่ 1

หมายถึง ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (Non-blanchable erythema of intact skin) หรือมีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) ซึ่งพื้นผิวแผลปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตาย มีสะเก็ดแข็ง หรือผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้ม สีเลือดนกปนน้ำตาล ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial-thickness skin loss) ถึงชั้น Dermis ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาดเป็นตุ่มน้ำใส (Serous) หรือตุ่มน้ำปนเลือดจางๆ (Serosanguineous) ตุ่มน้ำอาจแตกหรือยังไม่แตก หรืออาจเป็นแผลตื้นที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (Slough) ระดับที่ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) มองเห็นถึงชั้นไขมันแต่ไม่เห็นกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย หรืออาจมโพรงใต้ขอบแผล ระดับที่ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) ซึ่งมองเห็นกระดูกเอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดปกคลุมบางส่วน สามารถมองเห็นชั้นกล้ามเนื้อกระดูก กระดูกอ่อนหรือเอ็นส่วนแบบบันทึกการตรวจพบแผลกดทับ สร้างโดย Bergstrom et al. (1998) แปลเป็นไทยโดย รักษนันท์ ขวัญเมือง (2544)

1.2 ด้านผู้ดูแล (พยาบาลวิชาชีพ) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแผลกดทับ

1.2.2 แบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม (อรนุช มกราภิรมย์ และอันธิกา คะระวานิช, 2563) และนำมาสร้างแบบวัดความรู้จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ที่มีคำตอบถูกเพียงข้อเดียว ให้คะแนน 1 เมื่อตอบถูก และคะแนน 0 เมื่อตอบผิด ซึ่งครอบคลุมความรู้ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน และระดับแผลกดทับ 2) การประเมินสภาพผิวหนังและดูแลความสะอาดของผิวหนัง 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การจัดท่าพลิกตะแคงตัว 5) การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด และ 6) การจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การแปลผลคะแนนความรู้ในการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนโดยรวมทั้งหมดออกเป็น 3 ระดับใช้ประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, Madaus & Hastings, 1971 อ้างในจุฑามาส จันทร์ฉาย, 2555) ดังนี้ การประเมินความรู้ ทั้ง 6 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยรวมคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน แบ่งเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 คะแนน 0-9 มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79 คะแนน 10-11 มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 12-15 มีความรู้ระดับดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** ประสบการณ์ (Experience) โดยวันแรก 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน 2) ดึง

ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกี่ยวกับความรู้เรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Score Risk) ระดับของแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การให้คำแนะนำผู้เรียนโดยใช้ประสบการณ์เดิม (ใช้เวลา 60 นาที) **ขั้นตอนที่ 2** การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นวันที่ 2 โดย 1) วิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยงต่อเกิดแผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 2) ให้ความรู้โดยผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องความหมายกลไกการเกิดแผลกดทับ ระดับแผลกดทับ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน ทั้ง 6 ด้าน (ใช้เวลา 60 นาที) ประเมินสื่อเพื่อใช้ประกอบการสอน คือ การใช้คอมพิวเตอร์นำเสนอ (Web page) ตารางกำหนดเวลาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และแบบประเมินผิวหนัง 28 ตำแหน่ง **ขั้นตอนที่ 3** การมีความคิด (Concept) วันที่ 2-6 ใช้แบบประเมินของบราเดนเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ แบ่งระดับของความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ เป็น 3 ระดับ (ต่ำ ปานกลาง สูง) และนำค่าคะแนนมาวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) โดยวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) สรุปปัจจัยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงใช้แผ่นซิลิโคนโฟม (Silicone Foam Dressing) ปิดบริเวณตำแหน่งก้นกบ (Kalowes, 2016; Tayyib & Coyer, 2016) รวมถึงการใช้ที่นอนเพื่อลดแรงกดทับด้วยที่นอนโฟม หรือที่นอนลมทางการแพทย์ ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดบริเวณส้นเท้าสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงสูง ลงบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) **ขั้นตอนที่ 4** การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) นำไปใช้ในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล 1) กำหนดแผนการพยาบาล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) ประเมินผลการพยาบาล ประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ (ตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันที่ 7) ประเมินผลการเกิดแผลกดทับ วันที่ 7 ประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (30 นาที) โดยใช้แบบวัดความรู้ความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย**

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการตรวจสอบ (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้ โปรแกรมการป้องกันแผลกดทับและแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับ มีค่า S-CVI เท่ากับ 0.86 เครื่องมือวัดความรู้มีค่า CVI เท่ากับ 0.86 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานศัลยกรรม จำนวน 30 รายมีค่า KR21 เท่ากับ 0.74

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเตรียมพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย 4 แห่ง จำนวน

40 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เริ่มวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2566 วัดความรู้ก่อนให้โปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลังจากนั้นจัดตารางการให้โปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** ประสบการณ์ (Experience) วันแรก 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน 2) ดึงประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกี่ยวกับความรู้เรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน ระดับของแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การให้คำแนะนำผู้เรียนโดยใช้ประสบการณ์เดิม (ใช้เวลา 60 นาที) **ขั้นตอนที่ 2** การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and discussion) วันที่ 2 1) วิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยงต่อเกิดแผลกดทับและปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 2) ให้ความรู้โดยผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องความหมาย กลไกการเกิดแผลกดทับ ระดับแผลกดทับ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน ทั้ง 6 ด้าน และการป้องกันแผลกดทับและการรักษาแผลกดทับ (ใช้เวลา 60 นาที) ประเมินสื่อเพื่อใช้ประกอบการสอน คือ การใช้คอมพิวเตอร์นำเสนอ (Web page) ตารางกำหนดเวลาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และแบบประเมินผิวหนัง 28 ตำแหน่ง **ขั้นตอนที่ 3** การมีความคิด (Concept) วันที่ 2-6 ใช้แบบประเมินของบราเดนเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ แบ่งระดับของความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับเป็น 3 ระดับ (ต่ำ ปานกลาง สูง) และนำค่าคะแนนมาวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) โดยวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) สรุปปัจจัยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงใช้แผ่นซิลิโคนโฟม (Silicone Foam Dressing) ปิดบริเวณตำแหน่งก้นกบ (Kalowes, 2016; Tayyib & Coyer, 2016) รวมถึงการใช้ที่นอนเพื่อลดแรงกดทับด้วยที่นอนโฟม หรือที่นอนลมทางการแพทย์ ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดบริเวณส้นเท้าสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงสูง ลงบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) **ขั้นตอนที่ 4** การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) นำไปใช้ในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล 1) กำหนดแผนการพยาบาล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) ประเมินผลการพยาบาล ประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ (ตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันที่ 7) ประเมินผลการเกิดแผลกดทับ วันที่ 7 ประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (30 นาที) โดยใช้แบบวัดความรู้ความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยรวบรวมแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เริ่มเก็บข้อมูลวันที่แรกรับ ติดตามประเมินแผลกดทับทุกวันของการรับไว้เป็นผู้ป่วย

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลราชบุรี เลขที่ RBHEC 013/66 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2666 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโดยความสมัครใจ และการถอน

ตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ การรักษาความเป็นส่วนตัวและเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลต่างๆ มีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำเสนอและเผยแพร่ ผลการวิจัยทำในภาพรวม และการทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนาม ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในผู้ป่วยไม่สามารถลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยชี้แจงข้อความในหนังสือยินยอมฯ ให้แก่ญาติสายตรงเมื่อเข้าใจดีแล้ว ให้ญาติเป็นผู้ลงนามเข้าร่วมวิจัย

**วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และระดับความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการพยาบาล ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่ามีการแจกแจงเป็นปกติ

3. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการทดลอง ใช้ความถี่และร้อยละ

**ผลการวิจัย**

ข้อมูลทั่วไปของของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 40 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 24-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 32.68 ปี (S.D.=10.68) การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากที่สุด 1-5 ปี ร้อยละ 67.5 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้รับบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 57 คน พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 38.6 เพศชาย ร้อยละ 61.4 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 71-80 ปี ร้อยละ 29.87 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ ติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 31.6 รองลงมา โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 22.8 มีโรคร่วมส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 77.2 อุณหภูมิ 35.8-40 องศาเซลเซียส ฮีมาโตคริต 15-55% และคะแนนบราเดนอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 47.37 มากที่สุด รองลงมาเสี่ยงสูง ร้อยละ 45.61 คะแนนบราเดนเฉลี่ย เท่ากับ 12.63 (S.D.=1.92)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=40)

| ระดับความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ | ก่อน | | หลัง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| ต่ำ (0-9 คะแนน) | 33 | 82.50 | 3 | 7.50 |
| ปานกลาง (10-11 คะแนน) | 5 | 12.50 | 19 | 47.50 |
| ดี (12-15 คะแนน) | 2 | 5.00 | 18 | 45. 00 |
| รวม | 40 | 100.00 | 40 | 100.00 |
| Min=3.00, Max=12.00, Min=7.00, Max=15.00 | | | | |

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.5 รองลงมามีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.5 แต่หลังจากเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45 ซึ่งยังพบพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 7.50

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=40)

| คะแนน | ก่อน | | หลัง | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | | |
| ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ | 7.95 | 2.07 | 11.52 | 1.77 | -9.84 | .000 |

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการปฏิบัติการเพื่อป้องกันแผลกดทับระหว่างก่อนและหลัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 7.95 และหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 11.52 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ มาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบอุบัติการณ์แผลกดทับระดับ 1 ขึ้นไปในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ.2566

| การเกิดแผลกดทับ | ก่อน (มีนาคม-เมษายน พ.ศ.2566) | | หลัง (พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2566) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (แผล) | ร้อยละ | จำนวน (แผล) | ร้อยละ |
| จำนวนการเกิดแผลกดทับ | 10 | 4.16 | 4 | 1.89 |

จากตารางที่ 3 พบว่า จำนวนอุบัติการณ์แผลกดทับในระดับ 1 ขึ้นไปในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับก่อนได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 240 คน เกิดแผลกดทับ 10 แผล คิดเป็นร้อยละ 4.16 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับ หลังได้รับโปรแกรม จำนวน 211 คน เกิดแผลกดทับ 4 แผล คิดเป็นร้อยละ 1.89

**การอภิปรายผลการวิจัย**

ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากการวางแผนจัดโปรแกรมการให้ความรู้ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ของคอล์บ (Kolb) เป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ ด้านประสบการณ์ซึ่งเป็นการนำประสบการณ์เดิมที่ผู้เรียนเคยรับรู้ออกมาใช้ในการเรียนรู้ ด้านการสะท้อนความคิด และอภิปรายในกลุ่มที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ เกิดความเข้าใจในเนื้อหาที่ถูกต้อง การประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติเป็นองค์ประกอบ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ (Experience) การให้คำแนะนำผู้เรียนโดยใช้ประสบการณ์เดิม ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and discussion) วิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 3 การมีความคิด (Concept) สรุปปัจจัยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ และขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) (Kolb, 1984) ผู้วิจัยเพิ่มเติมเนื้อหาจากสิ่งที่ขาดไปจากความคิดรวบยอดนำไปใช้ในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการนำความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพใน 6 ด้าน การให้โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมฯ พยาบาลมีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับงานวิจัยของอรนุช มกราภิรมย์ และอันธิกา คะระวานิช (2563) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับมี 6 หมวด ได้แก่ 1) ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2) การป้องกันการเกิดแรงกดและแรงเสียดสี

3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การประเมินผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติ และ 6) การจัดสิ่งแวดล้อม ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมฯ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คนมีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 7.50 พบว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่เป็นกลุ่มที่เบนเนอร์ (Benner, 1984) อธิบายว่าเป็นพยาบาลอ่อนหัด (Novice) ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับ จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ในการป้องกันแผลกดทับทุกๆ ปี เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับฯ จำนวนอุบัติการณ์แผลกดทับในระดับ 1 ขึ้นไปในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยก่อนได้รับโปรแกรมฯ เกิดแผลกดทับ จำนวน 10 แผล คิดเป็นร้อยละ 4.16 ภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ จำนวนแผลกดทับ 4 แผล คิดเป็นร้อยละ 1.89 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ให้ความสำคัญเรื่องการประเมินความเสี่ยงของบราเดนภายใน 2 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับในหอผู้ป่วย กำหนดมาตรการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบในการประเมินความเสี่ยงโดยจัดประเภทตามระดับความเสี่ยง (ต่ำ ปานกลาง สูง) (Josephine et al., 2020) รวมถึงการประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าตั้งแต่แรกรับ เฝ้าระวังติดตามประเมินความเสี่ยงทุก 8 ชั่วโมง และเมื่อพยาบาลมีความรู้ มีประสบการณ์จะสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยประเมินสภาพปัญหา สืบค้นความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง แล้วนำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับการให้ความรู้ในการป้องกันแผลกดทับสามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก โดยเพิ่มความเข้าใจในการป้องกันแผลกดทับผ่านการสัมมนา 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง สำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก มีรายงานการลดลงของอุบัติการณ์แผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ (Tayyib & Coyer, 2016)

**ข้อเสนอแนะการวิจัย**

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1.1 ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับฯ ไปใช้ในทุกหอผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ

1.2 ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้พยาบาลกลุ่มอ่อนหัดที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา โดยมีการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งมาตรฐานกาพยาบาลอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนาโปรแกรมความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในหมวดของการจัดท่าพลิกตะแคงตัวและการใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด

2.2 ควรศึกษาและทบทวนความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ ปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัยหรือตัวแปรศึกษา

## เอกสารอ้างอิง


กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี, (2566). *แบบสรุปข้อมูลการเฝ้าระวังแผลกดทับ.* โรงพยาบาลราชบุรี.

จุฑามาส จันทร์ฉาย. (2555). *โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, *39*(4), 684-696.

รักษนันท์ ขวัญเมือง. (2544). *การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการกิจกรรม*. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมพยาบาลแล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย. (2566). *เอกสารประกอบการประชุมประจำปีสมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย เรื่อง "Valued Based Health Care in Wound/Ostomy: Safe, timely, efficient, equitable, effective, and patient-centered are the key successes"* [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. สมาคมพยาบาลแล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย.

อรนุช มกราภิรมย์ และอันธิกา คะระวานิช. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด. *วารสารกองการพยาบาล*, *47*(1), 139-152.

Avsar, P., & Karadag, A. (2018). Efficacy and cost-effectiveness analysis of evidence-base nursing interventions to maintain tissue integrity to prevent pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *15*(1), 54-61.

Braden, B. & Bergstrom, N. (2000). A conceptual schema for the study of etiology of pressure sore. *Rehabilitation Nursing*, *25*(3), 105-109.

Behrendt, Ghaznavi, A. M., Mahan, M., Craft, S., & Siddiqui, A. (2014). Continuous bedside pressure mapping and rates of hospital-associated pressure ulcers in medical in tensive care unit. *American Journal of Critical Care, 23(2), 127-133.*

Benner, P. (1984). *From novice to expert*. Addison-Wesley.

Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, & Ruby E. (1998) Predicting pressure ulcer risk: A multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nurs Res*, *47*(5), 261-9.

Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

Josephine, L., Paul, F., & Sandra, M. (2020). International consensus on pressure injury preventive intervention by risk level for critically ill patients: A modified Delphi study. *International Wound Journal*, *17*(5), 1112-1127.

Kalowes, P. (2016). Five-layered soft silicone foam dressing to prevent pressure ulcers the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, *25*(6), E108-E119.

Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development. englewood cliffs*, Prentice-Hall.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). *NPUAP announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury*. https://npiap.com/page/Terminology

Still, M. D., Cross, L. C., Dunlap, M., Rencher, R., Larkings, E. R. (2013). The turn team: A novel strategy for reducing pressure ulcers in the surgical intensive care unit. *Journal of the American College of Surgeons, 216(3),* 373-379.

Tayyib, N., & Coyer, F. (2016). Effectiveness of pressure ulcer prevention strategies for adult patients in intensive care units: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *13*(6), 432-444.

Whitty, J, A., Mclmmes, E., Bucknall, T., Webster, J., Gillespie, B.M., Banks, M., et al. (2017). The cost-effectiveness of a patients-centered pressure ulcer prevention care bundle: Finding from the INTACT cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies,* 75, 35-42.

Uzan, O., Aylaz, R., & Karadag, E. (2009). Prospective study: Reducing pressure ulcers in intensive care units at a Turkish medical center. *WOCN*: *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 36(4),* 404-411.

Yilmazer, T., & Tuzer, H. (2022). The effect of a pressure ulcer prevention care bundle on nursing workload costs. *Journal of Tissue Viability*, *31*(3), 459–464.

# ผลของการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุต่อกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5*

อุไรรัชต์ บุญแท้**, ธีรนันท์ วรรณศิริ***, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล****

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์การวิจัย** : เพื่อเปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

**รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย** : กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์รวม 112 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 56 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูล โดย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าความแตกต่างด้วยค่าทีแบบอิสระและไม่อิสระ

**ผลการวิจัย** : พบว่ากิจกรรมทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังจบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุดีกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-10.772) และกิจกรรมทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=8.667)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** สามารถนำผลการวิจัยไปวางแผนพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสังคม

**คำสำคัญ :** กิจกรรมทางสังคม, ผู้สูงอายุ, โรงเรียนผู้สูงอายุ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2567 หน้า 17-33

* ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ภายใต้โครงการวิจัยสำนักวิจัยแห่งชาติ

** นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี,

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน Corresponding author, e-mail: poopitukkul@gmail.com, Tel. 099-6195469

วันที่รับบทความ: 28 มีนาคม 2567, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 17 มิถุนายน 2567, วันที่ตอบรับบทความ: 26 มิถุนายน 2567

# The Effect of Attending Elderly School of Social Activity among Elders in the Fifth Health Region*

Urairach Boontea**, Theranun Wannasir***, Jutarat Poopitukkul****

## Abstract

**Purpose:** To compare the social activities of the elderly between the elderly school attended group and the unattended group.

**Design:** Quasi-experimental research, two group pretest-posttest design

**Method:** The sample group consisted of 112 elderly people in Health Region 5 area who met the inclusion criteria. They were divided into an experimental group and a comparison group, with 56 people in each group. The research instrument used was a questionnaire on the social activities of the elderly developed by the researchers. The content was verified by three experts, and the overall reliability using Cronbach's Alpha coefficient was 0.86. The data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and independent and dependent t-tests.

**Main findings:** It was found that the average overall social activity of the elderly in the experimental group after finishing the school course for the elderly was significantly better than before, at the 0.01 level (t=-10.772), and the average overall social activity of the elderly in the experimental group was significantly better than the comparison group at the 0.01 level (t=8.667).

**Conclusion and recommendations:** The research findings can be utilized to plan educational strategies for health care in the elderly by promoting social activities.

**Keywords:** Social activity, Elderly individuals, Elderly school

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(1), 17-33

* Research Paper Granted by Nakhon Pathom Rajabhat University. Under the research project of the National Research Council

** Senior Professional, Plan and Policy Analyst, Strategic Development Officer Professional level of Phetchaburi Provincial Public Health Office

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

**** Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand, Corresponding author, e-mail:poopitukkul@gmail.com, Tel. 099-6195469

Received: 28 March 2024, Revised: 17 June 2024, Accepted: 26 June 2024

**ความสำคัญของปัญหาการวิจัย**

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดหลายปีที่ผ่านมา องค์การสหประชาชาติได้นิยามประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรรวม จัดว่าเป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ประเทศที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 จัดเป็นประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และเรียกประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ว่าเป็นระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2558) จากประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2555 คาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2566 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ของไทยจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 14.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าประเทศไทยจะเป็น“สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์” ขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรวัยเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวนลดลงเรื่อยๆ โดยใน พ.ศ. 2576 จะลดเหลือเพียงร้อยละ 14 ของประชากรรวมจึงกล่าวได้ว่าอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมดเรียกว่าเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในทุกด้านเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต โดยรัฐบาลและหน่วยงานผู้เกี่ยวข้องได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) มียุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือด้านการเตรียมความพร้อมประชากรวัยสูงอายุที่มีคุณภาพและยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ซึ่งการพัฒนาหรือส่งเสริมผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยหรือไม่มีเลยจะทำให้เกิดปัญหาต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต การเพิ่มศักยภาพให้ผู้สูงอายุจะช่วยแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน

เขตสุขภาพที่ 5 ตั้งอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคกลางทางทิศตะวันตกของประเทศไทย ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ มีโครงสร้างประชากรก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยใน พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 825,239 คน ร้อยละ 19.94 ของประชากรรวม ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 31.90 ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 39.26 และไม่เคยเข้าร่วม ร้อยละ 28.83 แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุจึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาได้ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย จึงเป็นกลยุทธ์ที่สอดคล้องตามปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุดังกล่าว (คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2559) จังหวัดเพชรบุรี ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 ลักษณะโครงสร้างทางอายุของประชากรมีดัชนีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โดยใน พ.ศ. 2561 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 84,436 คน คิดเป็นร้อยละ 19.69 ของประชากรรวม การดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคเอกชน และเครือข่ายชุมชน มีชมรมผู้สูงอายุ

ครอบคลุมทุกตำบล 125 ชมรม มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างเสริมอาชีพผู้สูงอายุ 9 แห่ง มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ 5 แห่ง ซึ่งเกิดจากแนวคิดการตระหนักถึงคุณค่าความสำคัญและพลังของผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2561)

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity theory) เป็นแนวคิดในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการเน้นที่การมีกิจกรรมสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงบทบาทและสถานะในสังคมไว้ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากสังคม ซึ่งในหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุได้นำมาใช้เป็นหลักในการจัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะของผู้ที่เข้าโรงเรียนสูงอายุ ร่วมกับส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมทางสังคมมีประโยชน์อย่างมากต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ และการทำงานขององค์ความรู้และความอยู่รอด (World Health Organization, [WHO], 2002; Richard et al., 2009; Bowling & Stafford, 2007; Rubio, Lazaro & Sanchez-Sanchez, 2009) นอกจากนี้มีแนวคิดของเลมอน เบงค์สัน และปีเตอร์สัน (Lemon, Bengtson & Peterson, 1972) ทฤษฎีของฮาร์วิกเฮิร์ต (Havighurst, 1963) ซึ่งมีกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการเรียนรู้ และกิจกรรมบริการผู้อื่น จากความสำคัญของการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการก่อเกิดการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลจากกิจกรรมทางสังคม (Social activity) จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีข้างต้น ผู้วิจัยได้ออกแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าพัฒนาศักยภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุมากขึ้น

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย** เพื่อเปรียบเทียบ

1. กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างก่อนเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ และหลังจบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ

2. กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

**สมมติฐานการวิจัย**

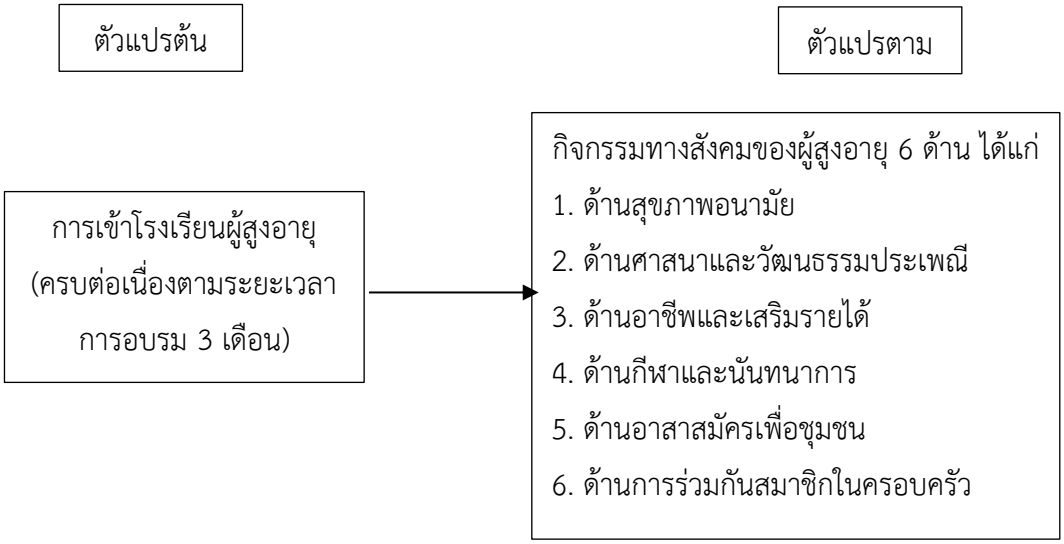
1. กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุหลังจบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุดีกว่าก่อนเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

2. กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษาผลของการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุต่อการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ใช้ (กรอบแนวคิดทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมของฮาร์วิกเฮิร์ต (Havighurst, 1963) ของเลมอนและคณะ (Lemon et al., 1972) ฮาร์วิกเฮิร์ต (1963) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมหรือมีภารกิจปฏิบัติสม่ำเสมอ มีบุคลิกภาพกระฉับกระเฉง จะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทภารกิจหน้าที่ใดๆ ผู้สูงอายุที่สามารถรักษาระดับกิจกรรม

ของตนเองไว้ตามบทบาทและสถานภาพ จะรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้มีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับเลมอน และคณะ Lemon et al. (1972) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปกติส่วนมากจะพยายามคงไว้ซึ่งกิจกรรมในระดับสูง การเข้าร่วมหรือถอยห่างจากกิจกรรมเป็นเพราะได้รับอิทธิพลจากการดำเนินชีวิตในอดีตและภาวะเศรษฐกิจมากกว่าสิ่งภายใน การคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่จะประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิต ดังนั้นการวิจัยนี้ จึงได้นำแนวคิดทั้ง 2 มาพัฒนาหลักสูตรและจัดกิจกรรม ที่มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความสุข เกิดทักษะการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านกาย จิต อารมณ์ สติปัญญาและสังคม โดยการจัดการเรียนรู้ 2 ส่วนคือ 1) กิจกรรมภายในโรงเรียน ได้แก่ การให้ความรู้ด้านต่างๆ กิจกรรมนันทนาการ ฝึกอาชีพ ถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม สมุนไพรและธรรมชาติบำบัด และ 2) กิจกรรมภายนอกโรงเรียน ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมศาสนา/ประเพณี ทัศนศึกษา กิจกรรมอาสาสมัคร บำเพ็ญประโยชน์ และเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุโครงสร้างหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ของคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี (2559) ประกอบด้วย 6 รายวิชา ได้แก่ 1) ภาวการณ์หกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกัน 2) ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน 3) กิจกรรม 4 อ. 4) สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ 5) การฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ และ 6) สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุนี้จะต้องเรียนรู้ในทั้ง 6 รายวิชาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือการมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย กิจกรรมด้านศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี กิจกรรมด้านอาชีพและเสริมรายได้ กิจกรรมด้านกีฬาและนันทนาการ กิจกรรมด้านอาสาสมัครเพื่อชุมชน และกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยตามแผนภูมิที่ 1




**แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย**

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบปี 2559 จัดตั้งอยู่ จำนวนทั้งสิ้น 24 แห่ง

**กลุ่มตัวอย่าง** ใช้วิธีการคัดเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multistage stage sampling) ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ของโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5: โดยการจับฉลากรายชื่อโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 5 ในปี 2559 จำนวน 21 แห่ง ทั้งนี้กำหนดจำนวนโรงเรียนตัวอย่างตามหลักการเข้าถึงในเรื่องเวลาและงบประมาณ (พรรณี ลีกิจวัฒนะ, 2565) ใช้โรงเรียนตัวอย่างจำนวน 4 แห่ง แห่งละ 14 คน เพื่อเป็นตัวแทนของโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตเมืองหรือเขตเทศบาล (2 แห่ง) และเขตชนบทหรือองค์การบริหารส่วนตำบล (2 แห่ง) โดยกลุ่มทดลอง (กลุ่มเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ) ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี และโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลสมอพลือ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ไม่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ) จับฉลากจากตำบลในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 2 ตำบล ตำบลละ 28 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางระกำ อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม และผู้สูงอายุในตำบลบ้านลาอ้ายเสา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม

2. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียนจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณหาขนาดของผลโดยอาศัยหน่วยของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Cohen, 2013) โดยการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (Priori power analysis) เลือกใช้ Statistical test เป็น Means Difference between two independents means (Two groups) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) สำหรับการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม เท่ากับ 0.5 ความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ ($\alpha$) เท่ากับ 0.05 และค่าความเชื่อมั่น (1-$\beta$) เท่ากับ 0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 51 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 56 คน โดยแบ่งสัดส่วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียน/ตำบลละ 28 คน เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นไปได้ของจำนวนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในความเป็นจริง ที่พบว่ามีจำนวนไม่เกินรุ่นละ 50 คน โดยผู้วิจัยได้จับคู่ (Matching) ผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน เช่น เพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่เท่ากัน ช่วงอายุระหว่าง 60-75 ปี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานะสุขภาพหรือโรคประจำตัวหรืออาการที่เป็น เพื่อเปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รายละเอียดของหลักสูตรโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถามต่างๆ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โครงสร้างหลักสูตรทั้ง 6 รายวิชา และแบบการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ภาวการณ์หกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกัน 2) ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน 3) กิจกรรม 4 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และอนามัย) อนามัยช่องปากและการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ 4) สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ 5) การฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ และ 6) สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และแผนการเรียนรู้ตลอดหลักสูตร 25 แผน ได้แก่ 1) กิจกรรมป้องกันหกล้มครั้งที่ 1 เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย 2) กิจกรรมป้องกันหกล้ม ครั้งที่ 2 เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกายที่เพิ่มขึ้น 3) กระบวนการชราที่มีผลต่อการหกล้มและภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน 4) กิจกรรมป้องกันหกล้ม ครั้งที่ 3 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา 5) กิจกรรมป้องกันหกล้ม ครั้งที่ 4 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาที่เพิ่มขึ้น 6) กิจกรรมป้องกันหกล้ม ครั้งที่ 5 การทรงตัวที่ดี 7) กิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ครั้งที่ 1 เกมคอมพิวเตอร์ 8) กิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ครั้งที่ 2 Program Com 9) กิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ครั้งที่ 3 Program Com 10) กิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ครั้งที่ 4 Line, Calendar 11) กิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ครั้งที่ 5 Google Ma 12) กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 4 อ. 13) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ 14) กิจกรรมอนามัยช่องปาก 15) กิจกรรมฝึกทักษะทางสังคม ครั้งที่ 1 เต้นรำ (ตามบริบทของผู้สูงอายุ) 16) กิจกรรมฝึกทักษะทางสังคม ครั้งที่ 2 ร้องเพลง 17) กิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 1 เล่นไพ่หรือเกม 18) กิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 2 การแสดงกลุ่ม 19) นวดแผนไทย/ธรรมชาติบำบัด 20) กฎหมายและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ 21) เศรษฐกิจพอเพียง 22) การจัดทำบัญชีครัวเรือน 23) กิจกรรมการฝึกอาชีพ หรืองานฝีมือ (OTOP ตามบริบทของพื้นที่) 24) ศึกษาดูงานสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และ 25) จิตอาสาเพื่อชีวิตและสังคม (กิจกรรมสาธารณะประโยชน์เยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงผู้พิการกิจกรรมทางศาสนา)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง ตามข้อมูลที่เป็นจริง ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ

2.2 แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม ทางสังคม ของฮาร์วิกเฮิร์ต (Havighurst, 1963) เทเลอร์ (Taylor, 1982) เลมอน และคณะ (Lemon et al., 1972) และของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพอนามัยมี 6 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี มี 8 ข้อ 3) ด้านอาชีพและเสริมรายได้ มี 5 ข้อ 4) ด้านกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ มี 5 ข้อ 5) ด้านกิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชน มี 6 ข้อ 6) ด้านกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว มี 5 ข้อ รวม 35 ข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งระดับคำตอบออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) เป็นข้อความเชิงบวก (Positive questions) ทั้งหมดทุกข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | |
|---|---|
| ทำประจำ | ให้คะแนน 5 คะแนน |
| ทำบ่อย | ให้คะแนน 4 คะแนน |
| ทำบางครั้ง | ให้คะแนน 3 คะแนน |
| นานๆ ครั้ง | ให้คะแนน 2 คะแนน |
| ไม่เคยเลย | ให้คะแนน 1 คะแนน |

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย**

1. โครงสร้างหลักสูตรทั้ง 6 รายวิชา และแผนการเรียนรู้ ผ่านการพิจารณาจากคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 และมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่ศึกษา

2. แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและประเมินผล และด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีค่า IOC เท่ากับ 0.8 จากนั้นไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลกรับใหญ่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1947) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.86 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ 1) กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย เท่ากับ 0.88 2) กิจกรรมด้านศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี เท่ากับ 0.87 3) กิจกรรมด้านอาชีพและเสริมรายได้ เท่ากับ 0.85 4) กิจกรรมด้านกีฬาและนันทนาการ เท่ากับ 0.84 5) กิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชน เท่ากับ 0.87 และ 6) กิจกรรมด้านการร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เท่ากับ 0.84

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ขั้นก่อนการทดลอง**

กลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

1. การจัดทำบันทึกและขออนุญาต โดยจัดทำบันทึกถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสมอพลือ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในพื้นที่

2. การสอบถามและสำรวจ โดยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี และผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลสมอพลือ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เพื่อสอบถามเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่กำลังจะเข้ารับการอบรมหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในรุ่นที่ 1/2562

กลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

1. การจัดทำบันทึกและขออนุญาต โดยจัดทำบันทึกถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบางระกำ อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลาอ้ายเสา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

2. การเข้าพบผู้นำชุมชน โดยเข้าพบผู้นำชุมชนเทศบาลตำบลบางระกำ อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม และผู้นำชุมชนตำบลบ้านลาอ้ายเสา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม เพื่อสอบถามเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้ารับการอบรมหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 2 ตำบลละ 28 คน รวมทั้งหมด 56 คน

**ขั้นทดลอง**

กลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

1. การสัมภาษณ์และเยี่ยมเยือน โดยเข้าพบผู้สูงอายุตามรายชื่อและที่อยู่ทั้งสองตำบล เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและนัดหมายการสัมภาษณ์ก่อนการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุเพื่อสำรวจข้อมูล จำนวน 56 คน ทั้งสองตำบล เพื่อเก็บข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวิจัย

กลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

1. การเข้าพบผู้สูงอายุ โดยเข้าพบผู้สูงอายุตามรายชื่อและที่อยู่ จนครบจำนวน 2 ตำบล ตำบลละ 28 คน

รวมทั้งหมด 56 คน เพื่อสำรวจและสัมภาษณ์ข้อมูลในครั้งเดียว

**ขั้นหลังการทดลอง**

กลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

1. การติดตามหลังการเข้ารับอบรมจากที่ผู้สูงอายุเข้ารับการอบรมในโรงเรียนผู้สูงอายุเสร็จสิ้น 3 เดือน ทีมวิจัยได้เข้าพบผู้บริหารหลักสูตรเพื่อสอบถามเกี่ยวกับผู้สูงอายุในรุ่นที่เพิ่งเสร็จสิ้นการอบรม (รุ่นที่ 1/2562) ที่ผ่านการเข้าอบรมตลอด 3 เดือน และมีการประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 56 คน

2. ทำแบบสอบถามหลังการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเข้าพบผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุตามรายชื่อและที่อยู่ เพื่อนำข้อมูลจากแบบสอบถามเข้าสู่ข้อมูลวิจัย

กลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลจากแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าโรงเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม รหัสโครงการวิจัยที่ 050/2561 (เลขที่ใบรับรอง: 009/2562) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ยึดถือจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำวิจัย ที่ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม รวมทั้งนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

**วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล**

หลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้จำนวน 112 ชุด มาให้คะแนนและลงรหัสเพื่อคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปบนคอมพิวเตอร์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติถูกกำหนดไว้ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เป็นเกณฑ์การยอมรับสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic)

ภายหลังการตรวจสอบว่าข้อมูล กิจกรรมทางสังคมมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างก่อนเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุและหลังจบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุวัดเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการอบรมหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการทดสอบค่าความแตกต่างไม่อิสระ (Paired t-test)

วิเคราะห์เปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุวัดเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการอบรมหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการทดสอบค่าความแตกต่างอิสระ (independent t-test)

**ผลการวิจัย**

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.50) มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 71.43) อายุเฉลี่ย 67.21 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 84 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 (ร้อยละ 78.56) อาชีพเดิมส่วนใหญ่เกษตรกรรม

(ร้อยละ 28.57) และปัจจุบันยังมีอาชีพอยู่ (ร้อยละ 55.36) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 35.71) แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.29) สถานะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 71.43) บทบาทในโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นนักเรียน (ร้อยละ 82.14) และเป็นกรรมการในโรงเรียนผู้สูงอายุ (ร้อยละ 17.86) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 89.28) มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 71.43) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.00 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 85 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 (ร้อยละ 82.14) อาชีพเดิมส่วนใหญ่เกษตรกรรม (ร้อยละ 32.14) ปัจจุบันยังมีอาชีพอยู่ (ร้อยละ 62.50) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 37.50) แหล่งรายได้มาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.50) สถานะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 78.57) เหตุผลที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุเนื่องจากสุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 46.43) ต้องประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30.36)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) (n=56) และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ) (n=56)

| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) | | กลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | |
| ชาย | 7 | 12.50 | 6 | 10.72 |
| หญิง | 49 | 87.50 | 50 | 89.28 |
| อายุ | | | | |
| 60-69 ปี | 40 | 71.43 | 40 | 71.43 |
| 70-79 ปี | 12 | 21.43 | 13 | 23.21 |
| 80 ปีขึ้นไป | 4 | 7.14 | 3 | 5.36 |
| | (M=67.21, Min=60, Max=84) | | (M=68.00, Min=60, Max=85) | |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 3 | 5.36 | 3 | 5.36 |
| ประถมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า | 44 | 78.56 | 46 | 82.14 |
| มัธยมศึกษาปีที่ 1-3 หรือเทียบเท่า | 3 | 5.36 | 2 | 3.57 |
| มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 หรือเทียบเท่า | 2 | 3.57 | 2 | 3.57 |
| สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า | 1 | 1.79 | 1 | 1.79 |
| ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า | 3 | 5.36 | 2 | 3.57 |

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) (n=56) และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ) (n=56) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) | | กลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ศาสนา | | | | |
| พุทธ | 55 | 98.21 | 56 | 100.00 |
| คริสต์ | 1 | 1.79 | 0 | 0.00 |
| อาชีพเดิม | | | | |
| เกษตรกรรม | 16 | 28.57 | 18 | 32.14 |
| รับจ้างทั่วไป | 6 | 10.72 | 5 | 8.93 |
| ค้าขาย | 14 | 25.00 | 12 | 21.43 |
| ข้าราชการบำนาญ | 13 | 23.21 | 12 | 21.43 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 4 | 7.14 | 5 | 8.93 |
| ไม่ได้ทำงาน | 3 | 5.36 | 4 | 7.14 |
| อาชีพปัจจุบัน | | | | |
| มี | 32 | 57.14 | 35 | 62.50 |
| ไม่มี | 24 | 42.86 | 21 | 37.50 |
| รายได้ต่อเดือน | | | | |
| รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท | 20 | 35.71 | 21 | 37.50 |
| รายได้ 5,000-10,000 บาท | 16 | 28.57 | 18 | 32.14 |
| รายได้ 10,000-15,000 บาท | 8 | 14.29 | 7 | 12.50 |
| รายได้ 15,000-20,000 บาท | 5 | 8.93 | 4 | 7.14 |
| รายได้มากกว่า 20,000 บาท | 7 | 12.50 | 6 | 10.72 |
| แหล่งรายได้ | | | | |
| จากการประกอบอาชีพ | 36 | 64.29 | 35 | 62.50 |
| จากเงินเบี้ยยังชีพและบุตรหลาน | 20 | 35.71 | 21 | 37.50 |
| สถานะสุขภาพหรือโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 16 | 57.14 | 14 | 50.00 |
| ความดันโลหิตสูง | 20 | 71.43 | 22 | 78.57 |
| เบาหวาน | 2 | 7.14 | 3 | 10.71 |

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) (n=56) และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ) (n=56) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) | | กลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| สถานะสุขภาพหรือโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (ต่อ) | | | | |
| ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน | 2 | 7.14 | 5 | 17.86 |
| หัวใจ | 1 | 3.57 | 2 | 7.14 |
| เกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง | 1 | 3.57 | 2 | 7.14 |
| ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก | 14 | 50.00 | 16 | 57.14 |
| ไขมัน | 1 | 3.57 | 2 | 7.14 |
| ไทรอยด์เป็นพิษ | 8 | 28.57 | 9 | 32.14 |
| บทบาท/ตำแหน่งในโรงเรียนผู้สูงอายุ | | | | |
| นักเรียนผู้สูงอายุ | 46 | 82.14 | 0 | 0.00 |
| คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ | 10 | 17.86 | 0 | 0.00 |

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุก่อนเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุและหลังจบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผลการเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุกับหลังจบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุดีกว่าก่อนเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-10.77) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง)

| กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ | ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม | | หลังเข้าร่วมกิจกรรม | | t | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | | |
| 1. ด้านสุขภาพอนามัย | 2.98 | 1.17 | 4.50 | 0.79 | 9.643 | 0.000 |
| 2. ด้านกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี | 3.74 | 0.92 | 4.46 | 0.97 | 5.182 | 0.000 |
| 3. ด้านอาชีพและเสริมรายได้ | 2.04 | 0.98 | 3.27 | 1.16 | 8.814 | 0.000 |
| 4. ด้านกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ | 2.58 | 1.09 | 4.08 | 1.04 | 9.198 | 0.000 |
| 5. ด้านกิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชน | 2.86 | 1.05 | 4.14 | 0.93 | 6.675 | 0.000 |
| 6. ด้านกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว | 3.74 | 1.33 | 4.18 | 1.00 | 3.209 | 0.000 |
| โดยรวม | 3.05 | 0.65 | 4.11 | 0.98 | 10.772 | 0.000 |

**ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ)**

การเปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ) ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ ครบ 3 เดือน พบว่า กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=8.667, p.=0.01) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ)

| กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | t | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | | |
| 1. ด้านสุขภาพอนามัย | 4.50 | 0.79 | 2.86 | 0.90 | 6.034 | 0.000 |
| 2. ด้านกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี | 4.46 | 0.97 | 3.69 | 1.09 | 3.882 | 0.000 |
| 3. ด้านอาชีพและเสริมรายได้ | 3.27 | 1.16 | 2.24 | 1.20 | 6.666 | 0.000 |
| 4. ด้านกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ | 4.18 | 1.04 | 1.61 | 0.79 | 13.862 | 0.000 |
| 5. ด้านกิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชน | 4.04 | 0.93 | 2.53 | 1.18 | 6.235 | 0.000 |
| 6. ด้านกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว | 4.18 | 1.00 | 3.36 | 1.21 | 3.891 | 0.000 |
| โดยรวม | 4.11 | 0.98 | 2.77 | 1.09 | 8.667 | 0.000 |

**การอภิปรายผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 71.43 และ 78.57 ตามลำดับ) สอดคล้องตามทฤษฎีบทบาทที่เน้นการคิดรู้เข้าใจ (Cognitive Role theory) (Biddle, 1986) จากบทบาทของผู้มีสุขภาพดีสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ เมื่อมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูงการดำเนินชีวิตก็เปลี่ยนไป ทั้งการรับประทานอาหาร รับประทานยา ต้องยอมรับบทบาทของผู้มีโรคประจำตัว จากสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง ส่งผลให้เกิดการถอนตัวออกจากสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 37.50) แหล่งรายได้มาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.50) ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ คือ ต้องประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30.36) และไม่มีผู้สนับสนุนและไม่สามารถขับรถได้เอง (ร้อยละ 3.57) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ได้ผลการศึกษาสอดคล้องกับบริบูรณ์ ศรีมาชัย และคณะ (2557) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาชีพในปัจจุบัน รายได้ ลักษณะของครอบครัว และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว

2. กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) หลังจบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุสูงกว่า ก่อนเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจากผลการวิจัยที่พบว่า กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และหลังจบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นการจัดการศึกษา ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตการตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญ และพลังของผู้สูงอายุ โดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพ บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพกายและด้านสังคม (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2559) และการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุเขตบริการสุขภาพที่ 5 โดยศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ได้ดำเนินการจัดตั้ง “โรงเรียนผู้สูงอายุ” ตามกรอบแนวคิดของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (2559) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี มีโอกาสได้เรียนรู้ตามอัธยาศัย และทำกิจสร้างสรรค์ต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุคงความแข็งแรงของร่างกาย ไม่เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งสามารถสร้างคุณค่าต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมอีกด้วย ภายใต้หลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า” มีการจัดการเรียนรู้ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) กิจกรรมภายในโรงเรียน ได้แก่ การให้ความรู้ด้านต่างๆ กิจกรรมนันทนาการ ฝึกอาชีพ ถ่ายทอดภูมิปัญญาศิลปวัฒนธรรม สมุนไพรและธรรมชาติบำบัด และส่วนที่ 2) กิจกรรมภายนอกโรงเรียน ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมศาสนา/ประเพณี ทัศนศึกษา กิจกรรมจิตอาสา บำเพ็ญประโยชน์ และเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีรายวิชาต่างๆ 6 รายวิชา ส่งผลให้ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองระหว่างก่อนเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุและหลังจบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-10.772) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับยุพินทรัพย์แก้ว (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นร้อยละ 93.33 โดยด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมองเห็นบทบาทตนเองในฐานะผู้สูงอายุชัดเจนขึ้น มีความรู้ในการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระของลูกหลาน มีสุขภาพกายที่ดี สมบูรณ์ แข็งแรง การเจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่างๆ อาการดีขึ้น ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความภูมิใจ มั่นใจ ความจำและสมาธิดีขึ้น ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ทำให้ได้เพื่อน รอยยิ้ม ความสบายใจ ความสุขที่ได้ร่วมกิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ และด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ร่วมกิจกรรมนันทนาการ ศึกษาดูงานนอกสถานที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับทิพวรรณ พุฒดอน (2561) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังเข้าโรงเรียนสูงกว่าก่อนเข้าโรงเรียนโดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกายโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

3. กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุของกลุ่มที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มเปรียบเทียบ) จากผลการวิจัยที่พบว่า กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีการส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตามหลักสูตร (คณะทำงานจัดทำหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุกรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559) และการดำเนินงานตามกรอบโรงเรียนผู้สูงอายุของเขตบริการสุขภาพที่ 5 ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ ทั้งในส่วนที่เป็น กิจกรรมภายในโรงเรียน ได้แก่ การให้ความรู้ด้านต่างๆ กิจกรรมนันทนาการ ฝึกอาชีพ ถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม สมุนไพรและธรรมชาติบำบัด และส่วนที่เป็นกิจกรรมภายนอกโรงเรียน ซึ่งเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการดำรงตนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า (คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี, 2559) Harvighurst (1963) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมหรือมีภารกิจปฏิบัติสม่ำเสมอ มีบุคลิกภาพกระฉับกระเฉง จะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทภารกิจหน้าที่ใดๆ ผู้สูงอายุที่สามารถรักษาระดับกิจกรรมของตนเองไว้ตามบทบาทและสถานภาพจะรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้มีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับของการที่ผู้สูงอายุได้เข้าไปมีปฏิสัมพันธ์หรือทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับบุคคลอื่นๆ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนและสมาชิกในองค์กรชุมชน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Bassuk, Glass & Berkman, (1999) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม, การบำรุงรักษาเชื่อมต่อเครือข่ายสังคมในระดับสูง มีผลป้องกันไม่ให้เกิดความรู้ความเข้าใจลดลง การหลุดพ้นจากสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความบกพร่องทางสติปัญญาของผู้สูงอายุ Kristin et al., (2009) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมในวัยสูงขึ้นมีส่วนทำให้การทำงานของความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละด้านของกิจกรรม Cachadinha, Costa and Carmo Fialho, (2011) พบว่าการมีส่วนร่วม และบทบาททางสังคมเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จในวัยชราและการมีคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพจิต สุขภาพกายและการทำงานด้านความรู้ความเข้าใจชีวิตและความคาดหวัง

**ข้อเสนอแนะการวิจัย**

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้**

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกระดับควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคมและส่งเสริมให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรจัดกิจกรรมที่มีความหลากหลายมากขึ้นเพื่อให้สอดรับกับความสนใจและเหมาะกับเพศ ภาวะสุขภาพ เขตที่อยู่อาศัย และช่วงเวลาที่ไม่มีผลกระทบต่อรายได้

3. สถาบันการศึกษา สามารถนำผลวิจัยไปวางแผนการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป**

การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตและการมีสุขภาวะสุขภาพที่ดี และการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นการส่งเสริมเรื่องอาชีพและรายได้ เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง


กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ* (เล่มสีม่วง). นนทบุรี.

คณะทำงานจัดทำหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุกรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). *คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ.* กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559).* สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. (2559). *คู่มือหลักสูตรโรงเรียน ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5. ศูนย์อนามัยที่ 5* ราชบุรีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

บรรลุ ศิริพานิช. (2551). *คู่มือผู้สูงอายุ: ฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ* (เตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน). หมอชาวบ้าน.

บริบูรณ์ ศรีมาชัย, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, และนาฎสุดา เชมนะสิริ. (2557). แบบจำลองสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมชุมชน เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมนักวิจัย, 19*(1), 146-158.

พรรณี ลีกิจวัฒนะ. (2565). *วิธีการวิจัยทางการศึกษา (*พิมพ์ครั้งที่ 12). มีนเซอร์วิส ซัพพลาย.

ทิพวรรณ พุฒดอน (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองหัวแรต อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 3(2)*, 73-89.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2558). *สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ.* http://www.stou.ac.th

ยุพิน ทรัพย์แก้ว. (2559). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนครศรีธรรมราช. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 9*(2), 25-39.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2561). *เอกสารรับการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ปี 2561*. PS Graphic.

Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine, 131*(3), 165-173. https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-3-199908030-00002

Biddle, B. J. (1986). Recent developments in role theory. *Annual Review of Sociology,* 12, 67-92.

Bowling, A., & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighborhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Social Science & Medicine*, *64*(12), 2533-2549. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.009

Cachadinha, C., Costa, Branco De Oliveira Pedro, J. A., & Carmo Fialho, J. (2011). Social participation of community living older persons: Importance, determinants and opportunities. In Proceedings Include 2011: 6th International Conference on Inclusive Design. *The Role of Inclusive Design in Making Social Innovation Happen* (pp. 18-20). UK: Publisher.

Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203771587

Cronbach, L. J. (1947). Test "reliability": Its meaning and determination. *Psychometrika*, *12*, 1-16. https://doi.org/10.1007/BF02289289

Eagly, A. H., & Sczesny, S. (Eds.). (2019). *Gender roles in the future Theoretical foundations and future research directions*. Frontiers Media.

Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. *Processes of Aging: Social and Psychological Perspectives, 1*, 299-320.

Kristin, R. K., Robert S. W., Julia, M. K., Lisa L. B., Julia, L. B., & David, A. B. (2009). Social engagement and cognitive function in old age. *Experimental Aging Research*, *35*(1), 45–60.

Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, *27*(4), 511-523. https://doi.org/10.1093/geronj/27.4.511

Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., & Laforest, S. (2009). Staying connected: Neighborhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, *Quebec Health Promotion International*, *24*(1), 46-57.

Rubio, E., Lázaro, A., & Sánchez-Sánchez, A. (2009). Social participation and independence in Activities of daily living: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, *9*(26), 1-11.

Taylor, Cecelia Monat. (1982). *Essentials of phychiatric nursing* (8th ed.). The C.V. Mosby Company.

United Nations. (1981). *Department of International Economic and Social Affairs. Popular participation as a strategy for promoting community level action and nation development: Report of the meeting for the Adhoc group of experts*. United Nations.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO.

# ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการโค้ชในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม

สมคิด เริงขำกลั่น*, อรนุช บุญญา*, พรทิพย์ จอกกระจาย**

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์การวิจัย** : เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการโค้ชในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดด้านความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

**รูปแบบการวิจัย** : วิจัยกึ่งทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย** : กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 28 คน และเวชระเบียนของผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการโค้ชในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยประยุกต์รูปแบบการโค้ชแบบโกรว์ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการโค้ช ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการโค้ช ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการโค้ช และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการโค้ช วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทีแบบจับคู่

**ผลการวิจัย :** พบว่าภายหลังการจัดรูปแบบการโค้ชในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** การใช้รูปแบบการโค้ชในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ช่วยให้สมรรถนะพยาบาลเพิ่มขึ้น และความรุนแรงของภาวะช็อกลดลง ควรขยายผลรูปแบบการโค้ชในกลุ่มผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยรุนแรงอื่นๆ ที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูง

**คำสำคัญ:** รูปแบบการโค้ชแบบโกรว์, ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด, การพยาบาล

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2567 หน้า 34-51

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, e-mail pomtipjokk@gmail.com, Tel. 097-2140104

วันที่รับบทความ: 26 มีนาคม 2567, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 10 มิถุนายน 2567, วันที่ตอบรับบทความ: 25 มิถุนายน 2567

# Effectiveness of Using the Coaching Model in Nursing Care for Patients with Hypovolemic Shock in the Emergency Room at Nakhon Pathom Hospital

Somkid Reongkhumklan*, Oranuch Boonya*, Porntip Jokkrajai **

## Abstract

**Purpose:** To examine the effects of the coaching model for nursing care for injured patients with hypovolemic shock on knowledge, nursing practices, and outcomes of nursing care at Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom Province.

**Design:** Quasi-Experimental Research

**Method:** The sample consisted of 28 nurses working at trauma and emergency room and 30 medical records of injured patients with hypovolemic shock in the emergency room. Data were collected with questionnaires and pre- and post-use of coaching records with the application of the coaching model in 4 steps, including Step 1: Coaching Preparation, Step 2: Coaching Planning, Step 3: Coaching Implementation, and Step 4: Coaching Evaluation. Data were analyzed using descriptive and paired t-test statistics.

**Main findings** : It was found that after implementing the coaching model for nursing care for injured patients with hypovolemic shock, the sample had a mean score of knowledge, the nursing care, and the result of nursing care implementation, higher than before coaching with statistical significance ($p<0.001$).

**Conclusion and recommendations** : Using a nursing coaching model for injured patients with hypovolemic shock helps increase nursing competency and decrease the severity of shock. The coaching model should be expanded to other patients with severe injure and various diseases that cause high death rates.

**Keywords:** GROW coaching model, Injured patients with hypovolemic shock, Nursing

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(1), 34-51

* Registered Nurse, Professional Level, Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom Province.

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

Corresponding author, e-mail pomtipjokk@gmail.com, Tel. 097-2140104

Received: 26 March 2024, Revised: 10 June 2024, Accepted: 25 June 2024

**ความสำคัญของปัญหาการวิจัย**

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกที่ การบาดเจ็บที่รุนแรงอาจทำให้เกิดการฉีกขาดของอวัยวะภายในและเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดได้ โดยพบว่า ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตจะเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด และประมาณร้อยละ 15.9-40.9 มักเสียชีวิตจากการเสียเลือดในปริมาณมาก เนื่องจากภายหลังเกิดภาวะช็อกเซลล์และอวัยวะสำคัญหลายอวัยวะจะถูกทำลาย เกิดระบบการทำงานล้มเหลวและนำไปสู่การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการบาดเจ็บ (Abhilash & Sivanandan, 2020)

ภาวะช็อกของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุ (Trauma shock) เกิดจากภาวะไม่สมดุลของระบบไหลเวียนเลือด ระบบเมตาบอลิสม และระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้ระบบไหลเวียนเลือดไม่สามารถส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกายได้ เมื่อเซลล์ขาดออกซิเจนเป็นเวลานาน ทำให้การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อต่ำรุนแรงมากขึ้น การขนส่งออกซิเจนในหลอดเลือดเล็กสูญเสียไป การควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติเสียหน้าที่ หลอดเลือดขยายตัว เซลล์ขาดเลือด อวัยวะหลายระบบล้มเหลว ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจะเสียชีวิตในช่วงนี้ และประมาณหนึ่งในสามอาจรอดชีวิตถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง (Preventable death) (Abhilash & Sivanandan, 2020) ดังนั้นการดูแลผู้รับบาดเจ็บเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉินมีความสำคัญมากและถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของการดูแลผู้บาดเจ็บเหล่านี้ (Golden period) พยาบาลฉุกเฉินเป็นบุคลากรหลักที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้บาดเจ็บดังกล่าว ในการทำให้ผู้บาดเจ็บเข้าถึงระบบการดูแลรักษาภายใต้ความพร้อมของทรัพยากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมและทันท่วงที

สำหรับโรงพยาบาลนครปฐม จากรายงานข้อมูลสถิติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งหมดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่าง พ.ศ. 2563-พ.ศ.2565 (โรงพยาบาลนครปฐม, 2565) พบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บที่มีภาวะวิกฤติและฉุกเฉินมาก ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563-พ.ศ.2564 คือ 1,309 และ 1,364 รายตามลำดับ ส่วนปี พ.ศ.2565 มีจำนวนลดลงเล็กน้อย คือ 1,242 ราย รวมทั้งยังพบแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บทั้งหมดที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นดังนี้ ร้อยละ 1.48, 1.84 และ 1.91ตามลำดับ เช่นเดียวกับการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.55, 4.39 และ 4.89 ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน น้อยกว่า 5 ปี มีมากถึง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32.6 และพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงาน 2-10 ปี จำนวน 28 คน ยังไม่ได้รับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ได้รับการอบรมการพยาบาลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) เพียงร้อยละ 25 ซึ่งการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจหลักการดูแลผู้บาดเจ็บตามกลไกการบาดเจ็บอย่างแม่นยำ ชัดเจน คาดการณ์ปัญหาและภาวะฉุกเฉินวิกฤตที่อาจเกิดขึ้น ตระหนักรู้อาการและอาการแสดงที่พบและสามารถจัดการช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตหรือเตรียมการ

ตรวจต่างๆ ได้ทันที เพื่อให้การดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการใช้รูปแบบการโค้ช (Coaching model) เป็นวิธีหนึ่งที่มีรูปแบบและกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลในการสอนงาน ติดตาม ควบคุม การทำงานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความชำนาญ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตรงตามเป้าหมายขององค์กร (พนิดา จารย์อุปการะ และมาเรียม นิลพันธุ์, 2558) โดยมีผู้โค้ชเป็นผู้ฝึกสอน ช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ได้รับการโค้ชบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Flaherty, 2010) เนื่องจากเป็นกระบวนการสอนงานที่เน้นการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างโค้ช และผู้รับการโค้ช สามารถปรับความสมดุลระหว่างการทำงานและการเรียนรู้ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมงาน ที่ทำได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่มีประสิทธิภาพสูง โดยมีเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มทักษะการปฏิบัติ การสอนงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยโค้ชที่มีสมรรถนะในการสอนงาน (พนิดา จารย์อุปการะ และมาเรียม นิลพันธุ์, 2558) ดังเช่นผลการศึกษาของ รุ่งอรุณ บุตรศรี (2562) ได้ใช้รูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบ GROW ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกร์ว (GROW model) สูงกว่าก่อนมีการใช้การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกร์ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้ง สนใจในประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้แนวคิดด้านการโค้ชโดยผู้เชี่ยวชาญและแนวทางการโค้ชแบบโกร์ว ที่พบจากการศึกษาที่ผ่านมา จึงนำแนวคิดดังกล่าว มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จำลองการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อใช้ดำเนินการโค้ชให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เพื่อให้มีความรู้และปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกันอย่างครบถ้วนและรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการโค้ช

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการโค้ช

3. เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่ห้องฉุกเฉินของผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการโค้ช

**สมมุติฐานการวิจัย**

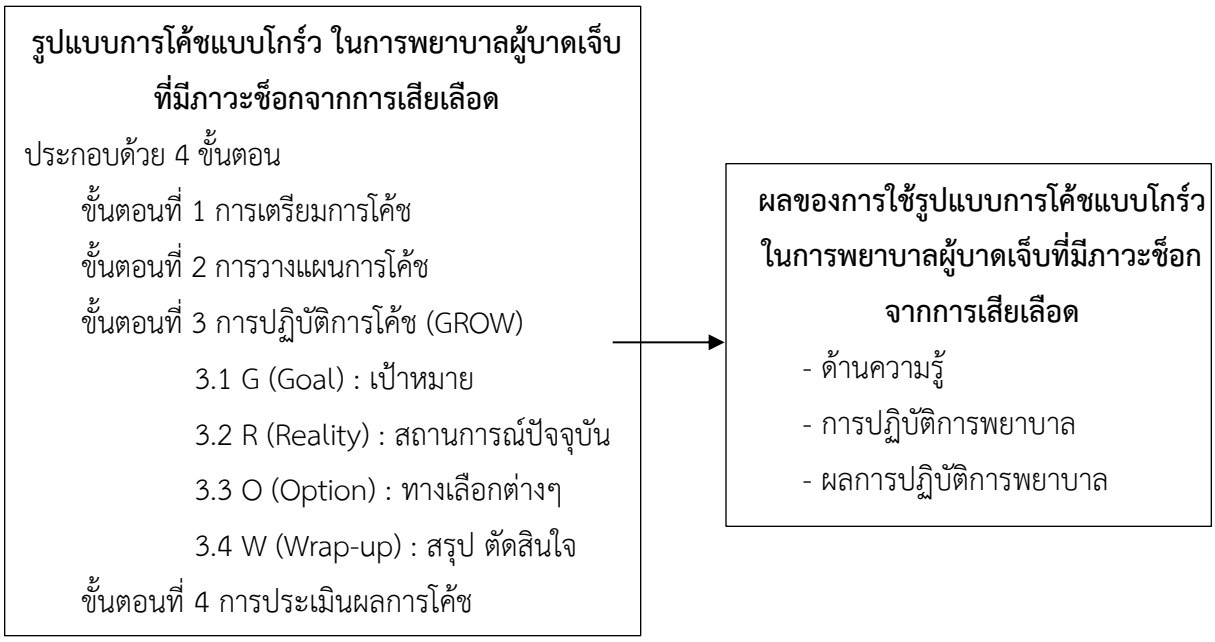
1. ความรู้ในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังการใช้รูปแบบโค้ชสูงกว่าก่อนการอบรม

2. การปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังการใช้รูปแบบการโค้ชมีการปฏิบัติมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการโค้ช

3. ผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามแนวปฏิบัติ หลังการใช้รูปแบบการโค้ชดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการโค้ช

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภายใต้การใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการโค้ช โดยเฉพาะการโค้ชตามรูปแบบการโค้ชแบบโกร์ว (The GROW model) ของอเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010) ซึ่งเป็นกระบวนการโค้ช ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการโค้ช ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการโค้ช ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการโค้ช และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการโค้ช โดยนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จำลองการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนครปฐม โดยการใช้รูปแบบของชุดกิจกรรมเกี่ยวกับความรู้และการฝึกทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ดังแผนภูมิที่ 1




**แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย**

ที่มา : อเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010)

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The One-group pretest-posttest design) ใช้ระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2566 - วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2566 รวม 9 เดือน โดยนำรูปแบบการโค้ชการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดรูปแบบการโค้ชแบบโกร์ว มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการโค้ช ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการโค้ช ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการโค้ช และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการโค้ช

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพอายุงานตั้งแต่ 2-10 ปี ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 28 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.6 (Faul et al, 2009) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ .50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 และค่า power.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ป้องกันสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงคัดเลือกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มาทั้งหมด คือจำนวน 28 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพ ชาย-หญิง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานตั้งแต่อายุงาน 2-10 ปี

2. ไม่เคยเข้ารับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (หลักสูตร 4 เดือน) มาก่อน

3. ปฏิบัติงานทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย ได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดไว้

2. ต้องการออกจากโครงการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเวชระเบียน โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.6 (Faul et al, 2009) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ .50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 และค่า Power .90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดทั้งสิ้น 30 ราย ตามหลักเกณฑ์การวิจัยทางคลินิก

เกณฑ์การคัดเลือกเวชระเบียน (Inclusion criteria) ข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภทที่เข้าเกณฑ์ภาวะช็อก ระดับมากกว่า 1.1 ขึ้นไป ซึ่งระดับการช็อกเป็น Class 3-4 ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ตามหลักเกณฑ์การประเมิน Shock index ใช้วิธีคำนวณด้วยสูตร ค่าอัตราการเต้นของหัวใจ หารด้วยค่าความดันโลหิตซีสโตลิค ซึ่งค่าที่ได้จะบอกถึงความรุนแรงของภาวะช็อก ค่าปกติอยู่ระหว่าง 0.5-0.7 หากค่ามากกว่า 0.9 แสดงว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการเสียชีวิตได้สูง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ก่อนเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม

2. เมื่อมีการประเมินภายหลัง ไม่พบภาวะช็อกจากการเสียเลือดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. ข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดไม่ครบตามเกณฑ์ที่ต้องการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการโค้ชเรื่องการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ประกอบด้วย

1.1 แผนการอบรมผู้โค้ชตามรูปแบบ GROW ประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์เนื้อหาของการอบรม และกิจกรรมที่ใช้ในการอบรม ได้แก่ การบรรยาย การซักถาม การเสดงความคิดเห็น การฝึกปฏิบัติและการประเมินผล

1.2 คู่มือการโค้ชเรื่องการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับ การคัดกรอง การช่วยเหลือระยะแรก การช่วยเหลือแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต การบันทึกทางการพยาบาล และการบันทึกการประเมินผลการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 saturation) และ ดัชนีภาวะช็อก (Shock index)

1.3 การปฏิบัติการโค้ช ผู้ทำการโค้ชจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับการโค้ชสะท้อนคิด ในการฝึกทักษะในสถานการณ์จำลองโดยผู้โค้ชทำการโค้ชตามขั้นตอนการโค้ช แบบ GROW ตามสถานการณ์การดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ดังนี้

1.3.1 ผู้โค้ชใช้ลักษณะคำถามในการกำหนดหรือตั้งค่าเป้าหมาย (Goal) และจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เช่น ผลลัพธ์ที่อยากได้จากการดูแลผู้บาดเจ็บคืออะไร อะไรคือสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในการดูแลผู้บาดเจ็บรายนี้ เป็นต้น

1.3.2 ผู้โค้ชใช้ลักษณะคำถามในการประเมินความจริง (Reality) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในสถานการณ์ของการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เช่น “จากการดูแลผู้บาดเจ็บรายนี้มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง” “สิ่งที่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นอย่างไร” “ลองประเมินผลการดูแลผู้บาดเจ็บรายนี้ซิ เป็นอย่างไร”

1.3.3 ผู้โค้ชใช้ลักษณะคำถามตัวเลือก (Options) ให้ตัวเลือกที่เหมาะสมหรือการดำเนินการตามความต้องการของผู้รับการโค้ชในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด การชี้แนะ แนวทางที่เหมาะสม เช่น ถ้าต้องการให้ผู้บาดเจ็บรายนี้ปลอดภัยเราควรทำอย่างไรดี “มีวิธีใดบ้างที่สามารถทำให้เป้าหมายการดูแลสำเร็จ” “แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บรายนี้ควรเป็นอย่างไร” “มีสิ่งใดบ้างที่ตัดสินใจทำไปแล้วประสบผลสำเร็จ” “มีทางเลือกใดอีกบ้างที่สามารถให้การดูแลผู้บาดเจ็บรายนี้ได้”

1.3.4 ผู้โค้ชใช้ลักษณะคำถามในการประเมินสิ่งที่คาดหวัง (Wrap-up) การดำเนินการที่ตกลงกันและการแก้ปัญหาที่จะต้องดำเนินการสำหรับความสำเร็จของเป้าหมายในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เช่น “คุณได้เรียนรู้อะไรเกี่ยวการดูแลผู้บาดเจ็บรายนี้” “เราจะดำเนินการตามสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ต่อไปอย่างไร” “เมื่อมีผู้บาดเจ็บในลักษณะเดียวกัน คุณจะสามารถให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้ตามเป้าหมายหรือไม่”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด แบบปรนัยเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมคู่มือพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด จำนวน 46 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการคัดกรอง ด้านการช่วยเหลือระยะแรก ด้านการช่วยเหลือ แก้ไขภาวะคุกคามชีวิตและการบันทึกทางการพยาบาลและแบบบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ด้านระดับความรู้สึกตัว (GCS) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 saturation) ดัชนีภาวะช็อก (Shock index)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย**

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555) นำรูปแบบการโค้ชการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด คู่มือการโค้ชเรื่องการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน ศัลยแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม 1 ท่าน และอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) ผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC>0.5 ขึ้นไป และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การหาค่าความยากง่าย (Difficulty) และอำนาจจำแนก(Discrimination)ของแบบวัดความรู้การพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยนำผลการทดสอบมาคัดเลือกข้อสอบที่มีค่าความยากง่าย 0.2-0.8 และมีอำนาจจำแนกที่ 0.2 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555)

3. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้ใช้ K-R20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 และแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้โค้ช**

1.1 เตรียมผู้โค้ช ผู้วิจัยวางแผนร่วมกับหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำการคัดเลือกผู้โค้ชซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (Emergency nurse practitioner) และผ่านการอบรมหลักสูตรอบรมระยะสั้นสาขาการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (Preceptor of Emergency nurse practitioner) ที่มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงและการเป็นโค้ชพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน จำนวน 5 ท่าน โดยผู้วิจัยกับ

ผู้โค้ชทุกคนกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นต่อการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการรวมกัน จำนวน 4 ชั่วโมง

1.2 ชี้แจงแนวทางการประเมินการปฏิบัติตามแบบประเมินแก่ผู้โค้ชเพื่อให้เก็บข้อมูลเป็นแนวทางเดียวกัน โดยประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดก่อนการปฏิบัติโค้ช โดยผู้โค้ชทั้ง 3 คน ร่วมสังเกตและทำการประเมินพร้อมกันโดยแยกอิสระต่อกันในกลุ่มผู้รับการโค้ชเพื่อหาค่าความเที่ยงจากการสังเกตซึ่งพบว่า ผลการประเมิน ทั้งฉบับและรายข้อมีความสอดคล้องและความเที่ยงตรงกันทั้ง 3 ท่าน โดยใช้ระยะเวลาในการประเมิน ระหว่างวันที่ 23 - 24 มิถุนายน พ.ศ. 2566

1.3 เตรียมผู้รับการโค้ชซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานตั้งแต่อายุงาน 2-10 ปี และสามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้ จำนวน 28 คน

**ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการโค้ช**

2.1 ผู้วิจัยร่วมวางแผนกับผู้โค้ชในการจัดทำตารางการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้รับการโค้ช ใน เรื่อง “การพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด” ในสถานการณ์จำลอง แบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นละ 14 คน รวม 28 คน ระยะเวลาอบรมรุ่นละ 1 วัน ระยะเวลาอบรมรุ่นละ 1 วัน โดย ผู้วิจัยและผู้โค้ชเป็นผู้บรรยายเนื้อหาครอบคลุมในเรื่อง การคัดกรองผู้บาดเจ็บ การประเมินผู้บาดเจ็บและการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด และการบันทึกทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบและวางแผนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองในการพยาบาลผู้บาดเจ็บจากการเสียเลือดให้กับผู้รับการโค้ช

2.2 วางแผนการฝึกปฏิบัติการโค้ชการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดโดยกำหนดเวลาของการโค้ชและการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

**ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการโค้ช**

**<u>ขั้นตอนการดำเนินการ</u>**

กิจกรรมที่ 1 วันที่ 17-18 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผู้วิจัยจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 รุ่น รุ่นละ 14 คน ณ ห้องประชุมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยจัดรุ่นละ 1 วัน มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) อบรมภาคทฤษฎี โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด จำนวน 3 ชั่วโมง แบ่งเป็น เรื่องการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด จำนวน 1 ชั่วโมง การคัดกรองผู้บาดเจ็บ จำนวน 1 ชั่วโมง และการบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 1 ชั่วโมง โดยให้ทำแบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ก่อนการจัดการอบรมการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดภายหลังการใช้รูปแบบการโค้ช ในระยะหลังการทดลองคือหลังจากการโค้ช และส่วนที่ 2) อบรมเชิงปฏิบัติการในสถานการณ์จำลอง “การพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด” จำนวน 3 ชั่วโมง มีสถานการณ์ ให้ผู้รับการโค้ชได้ฝึกประสบการณ์และฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด 4 สถานการณ์ ในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การคิดวิจารณญาณ ตลอดจนการตัดสินใจทางคลินิก โดยใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมาก ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงสถานการณ์จำลองการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด

| สถานการณ์จำลอง | รายละเอียดสถานการณ์ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด |
|---|---|
| สถานการณ์ที่ 1 | ผู้บาดเจ็บหญิงไทย อายุ 25 ปี ขณะทะเลาะกับแฟน ถูกยิงที่เอวด้านซ้ายพบบาดแผลทางเข้าของกระสุนปืนไม่มีรูออก ญาตินำส่งที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แรกรับยังรู้สึกตัวดี |
| สถานการณ์ที่ 2 | ผู้บาดเจ็บชาย อายุ 50 ปี ขับมอเตอร์ไซค์ชนเสาฟ้า ไม่รู้สึกตัว มีบาดแผลเปิดบริเวณเยื่อหุ้มศีรษะขนาด 10 x 20 cm. เลือดไหลไม่หยุด มีรอยช้ำบริเวณหน้าอกซ้าย และมีกระดูกต้นขาซ้ายหักมีแผลเปิดขนาดใหญ่ |
| สถานการณ์ที่ 3 | ผู้บาดเจ็บหญิง อายุ 30 ปี ขับรถเก๋งชนต้นไม้ กระเด็นออกนอกตัวรถ มีบาดแผลขนาดใหญ่บริเวณใบหน้า เลือดออกมาก ฟกช้ำบริเวณเอวด้านขวา ปวดบริเวณสะโพกขวา และรอยช้ำบริเวณหัวหน่าว |
| สถานการณ์ที่ 4 | เด็กอายุ 8 ขวบ ขี่รถจักรยานล้มเอง มีแฮนด์รถจักรยานกระแทกที่ท้อง 8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ญาตินำส่งเอง ไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ มีรอยช้ำที่หน้าท้องด้านขวา |

จากสถานการณ์ 4 สถานการณ์ในตารางที่ 1 แบ่งกลุ่มผู้รับการโค้ชในแต่ละรุ่นออกเป็น 4 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 3-4 คน ให้แต่ละกลุ่มหมุนเวียนปฏิบัติจนครบทุกสถานการณ์ โดยให้ผลัดกันเป็นหัวหน้าทีมในการฝึกปฏิบัติ ทีมผู้โค้ช จะประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ตามหลักการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด หากมีคะแนนการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 80 สรุปว่าไม่ผ่านการประเมิน ต้องมีการปฏิบัติแก้ไขได้อีก 2 ครั้ง ให้ถูกต้องครบถ้วน

ผู้โค้ชมอบคู่มือการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดพร้อมทั้งชี้แจงอธิบายรายละเอียดคู่มือกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างและให้นำกลับไปทบทวนเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง

ภายหลังการจบการฝึกสถานการณ์จำลอง มีการสรุปการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ขั้นตอนและเหตุผลในการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด พบว่า ทุกกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินการฝึกปฏิบัติในแต่ละสถานการณ์จำลอง

<u>กิจกรรมที่ 2</u> การปฏิบัติการโค้ช ระหว่างวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2566

1. ทบทวนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ผู้โค้ช 1 คน ต่อผู้รับการโค้ช 9-10 คน โดยจับคู่กับผู้รับการโค้ชแบบ 1:1 คน ผู้โค้ชทำการสอนงาน (โค้ช) ชี้แนะแก่ผู้รับการโค้ช ในการให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ครอบคลุมด้านการคัดกรอง

ผู้บาดเจ็บ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตในระยะแรก การซักประวัติ/ตรวจร่างกายและการรักษาพยาบาลเพิ่มเติม และการบันทึกทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ผลจากการทวนสอบผู้รับการโค้ชพบว่าผู้รับการโค้ช ทุกคนเข้าใจและทราบขั้นตอนในการปฏิบัติ และส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บจากการเสียเลือด แต่มีประเด็นการประเมินผู้บาดเจ็บในระยะที่ 2 ที่ผู้รับการโค้ช ส่วนใหญ่เห็นว่าควรเป็นบทบาทของแพทย์ในการตรวจร่างกายทั้งระบบ ไม่ใช่บทบาทของพยาบาล ซึ่งผู้โค้ชได้การสะท้อนกลับและชี้แนะ ถึงความสำคัญของการตรวจร่างกายในการประเมินผู้บาดเจ็บทุกระยะ

2. ติดตามการปฏิบัติระหว่างการโค้ช ผู้โค้ชติดตามสังเกตการณ์ปฏิบัติของผู้รับการโค้ช เป็นรายบุคคล และให้กำลังใจในการปฏิบัติ การพยาบาลแต่ละครั้ง มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติ และผลการปฏิบัติ กระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชเกิดการเรียนรู้สิ่งที่ควรปฏิบัติ สิ่งที่ต้องปรับปรุง ปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อการวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลในครั้งต่อไป หากผู้รับการโค้ชปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง ผู้โค้ชจะชี้แนะจนกว่าผู้รับการโค้ชสามารถปฏิบัติได้ จากผลการปฏิบัติงานพบว่า ผู้รับการโค้ชปฏิบัติได้ดี ในเรื่อง การคัดกรอง การประเมินและแก้ไขภาวะคุกคามในระยะแรก ส่วนเรื่องที่ยังปฏิบัติได้น้อย คือ การประเมินการหายใจด้วยการฟังปอด ส่วนใหญ่ใช้วิธีการสังเกตการหายใจ และความอิ่มตัวของออกซิเจน ในส่วนที่ยังปฏิบัติน้อย คือการ Keep warm ผู้บาดเจ็บ และการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งผู้โค้ชได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลในผู้บาดเจ็บ ในวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2566

3. หลังสิ้นสุดการโค้ช ผู้โค้ชให้ผู้รับการโค้ชทดลองให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดด้วยตนเอง โดยผู้โค้ชติดตามสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลอย่างใกล้ชิด และให้ข้อมูลย้อนกลับ กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม หรือทบทวนสาธิตส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องเพื่อให้เข้าใจ

4. ผู้โค้ชคอยกระตุ้นเตือนผู้รับการโค้ชในช่วงระยะเวลารับส่งเวร ในเวรเช้าในช่วงเวลา 08.00 น.- 08.30 น. ในเวรบ่าย ช่วงเวลา 16.00 น.-16.30 น. โดยให้ผู้รับการโค้ชนำข้อมูลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดมานำเสนอ พูดคุย เพื่อรับคำชี้แนะ การสอนแนะ และให้คำแนะนำป้อนกลับในช่วงเวลาดังกล่าว

**ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการโค้ช**

ภายหลังสิ้นสุดขั้นตอนการใช้รูปแบบการโค้ชการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการโค้ช โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดภายหลังการใช้รูปแบบการโค้ช ในระยะหลังการทดลองคือหลังจากการโค้ช 4 สัปดาห์ เพื่อนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม หนังสือเลขที่ NPH-REC No. 020/2023 ลงวันที่ 23 มิถุนายน 2566

ผู้วิจัยชี้แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและ ถูกนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย จะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ

**วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการโค้ชใช้สถิติ Paired-sample t-test

3. เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนครปฐม ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการโค้ชใช้ สถิติ Paired-sample t-test

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัย**

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามคุณลักษณะทั่ว ไป (n=28)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | กลุ่มตัวอย่าง | |
|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | |
| ชาย | 8 | 28.60 |
| หญิง | 20 | 71.4 |
| อายุ (M= 26.16, SD = 2.50) | | |
| 22-24 ปี | 7 | 25.00 |
| 25-26 ปี | 9 | 32.10 |
| 27-28 ปี | 8 | 28.60 |
| 29-32 ปี | 4 | 14.30 |

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามคุณลักษณะทั่ว ไป (n=28) (ต่อ)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล | กลุ่มตัวอย่าง | |
|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ |
| อายุงาน (M= 4.50 , SD = 2.25) | | |
| 1-2 ปี | 7 | 25.00 |
| 3-4 ปี | 9 | 32.10 |
| 5-7 ปี | 8 | 28.60 |
| 8-10 ปี | 4 | 14.30 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ปริญญาตรี | 28 | 100.00 |
| การอบรม ATLS | | |
| เคย | 12 | 42.90 |
| ไม่เคย | 16 | 57.10 |

จากตารางที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 28 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.4) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-26 ปี (ร้อยละ 32.10) (M=26.16, SD=2.50) มีอายุงาน 3-4 ปี มากสุดคือ (ร้อยละ 32.1) (M=4.50, SD=2.25) ทั้งหมดมีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 100) และทั้งหมด ยังไม่เคยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉินมาก่อน (ร้อยละ 100) เคยอบรมหลักสูตรการดูแลผู้บาดเจ็บระยะสั้น (ร้อยละ 42.9) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้การพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดรายข้อก่อนและหลังการอบรม

| ความรู้รายด้าน | ก่อนการอบรม (n=28) | | | หลังการอบรม (n=28) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ |
| 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด | 3.14 | 1.29 | ต่ำ | 5.57 | 0.50 | สูง |
| 2. ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้บาดเจ็บตามหลักการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) | 8.82 | 2.38 | ปานกลาง | 12.28 | 1.16 | สูง |
| คะแนนเฉลี่ยรวม | 11.96 | 3.23 | ต่ำ | 17.85 | 1.70 | สูง |

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการอบรมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับต่ำ (M=1.96, SD=.23) ภายหลังการอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลผู้บาดเจ็บจากการเสียเลือดอยู่ในระดับสูง (M=17.85, SD=1.70) เมื่อทดสอบด้วยค่าทีพบว่าก่อนและหลังการอบรมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001

**2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการโค้ช**

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดรายด้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการโค้ชการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด

| การปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน | ก่อนการโค้ช (n=28) | | | หลังการโค้ช (n=28) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ |
| การคัดกรองผู้บาดเจ็บ | 5.46 | 1.10 | ปานกลาง | 7.03 | 0.92 | สูง |
| การประเมินผู้บาดเจ็บและการช่วยเหลือระยะแรก | 34.03 | 3.55 | ปานกลาง | 41.67 | 2.95 | สูง |
| การประเมินผู้บาดเจ็บเพิ่มเติมในระยะแรก | 11.64 | 1.39 | ปานกลาง | 13.14 | 1.48 | สูง |
| การประเมินผู้บาดเจ็บในระยะที่ 2 | 2.89 | 0.73 | ปานกลาง | 3.25 | 0.84 | สูง |
| การประเมินผู้บาดเจ็บในระยะที่ 2 เพิ่มเติม | 4.85 | 0.89 | สูง | 5.89 | 0.31 | สูง |
| การบันทึกทางการพยาบาล | 7.53 | 1.45 | ต่ำ | 12.48 | 1.28 | สูง |
| คะแนนเฉลี่ยรวม | 66.42 | 5.46 | ปานกลาง | 83.42 | 3.17 | สูง |

จากตารางที่ 4 พบว่าก่อนการโค้ชค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดอยู่ในระดับปานกลาง (M=66.42, SD=5.46) ภายหลังการโค้ช มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง (M=83.42, SD=3.17) เมื่อทดสอบด้วยค่าทีพบว่าก่อนและหลังการโค้ชค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการโค้ชสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการก่อนการโค้ช ต่ำที่สุด (M=7.53, SD=1.45) ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านอื่นทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการโค้ชอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการโค้ชอยู่ในระดับสูงทุกด้าน

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดรายด้านก่อนและหลังการโค้ช (n=28)

| ตัวแปร | M | SD | t | p-value (2-tailed) |
|---|---|---|---|---|
| การคัดแยกผู้บาดเจ็บ | | | | |
| ก่อนการโค้ช | 4.67 | 0.86 | 7.69 | 0.000 |
| หลังการโค้ช | 6.71 | 1.27 | | |
| การประเมินผู้บาดเจ็บและการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตในระยะแรก | | | | |
| ก่อนการโค้ช | 34.03 | 3.55 | 9.64 | 0.000 |
| หลังการโค้ช | 41.67 | 2.95 | | |
| การประเมินผู้บาดเจ็บเพิ่มเติมในระยะแรก | | | | |
| ก่อนการโค้ช | 11.64 | 1.39 | 3.16 | 0.000 |
| หลังการโค้ช | 13.14 | 1.48 | | |
| การประเมินผู้บาดเจ็บในระยะที่ 2 | | | | |
| ก่อนการโค้ช | 2.89 | 0.73 | 1.67 | 0.106 |
| หลังการโค้ช | 3.25 | 0.84 | | |
| การประเมินและการรักษาเพิ่มเติมในระยะที่ 2 (Adjunct secondary survey) | | | | |
| ก่อนการโค้ช | 4.85 | 0.89 | 5.94 | 0.000 |
| หลังการโค้ช | 5.89 | 0.31 | | |
| การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing record) | | | | |
| ก่อนการโค้ช | 7.53 | 1.45 | 13.14 | 0.000 |
| หลังการโค้ช | 12.42 | 1.28 | | |

จากตารางที่ 5 พบว่า การเปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในด้านการคัดแยกผู้บาดเจ็บ การประเมินผู้บาดเจ็บและการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตในระยะแรก การประเมินผู้บาดเจ็บเพิ่มเติมในระยะแรก การประเมินและการรักษาเพิ่มเติมในระยะที่ 2 และการบันทึกทางการพยาบาลหลังการโค้ชสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ส่วนการประเมินผู้บาดเจ็บในระยะที่ 2 ก่อนและหลังการโค้ชไม่แตกต่างกัน

**การอภิปรายผลการวิจัย**

1. ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาลภายหลังการอบรม (M=17.85, SD=1.70) สูงกว่าก่อนเข้าอบรม (M=11.96, SD=3.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สำหรับผลการวิเคราะห์รายด้านพบว่าก่อนการโค้ชค่าเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการเสียเลือดอยู่ในระดับต่ำ (M=3.14, SD=1.29) ภายหลังการโค้ชค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (M=5.57, SD=0.50) และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้บาดเจ็บตามหลักการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) ก่อนการโค้ช อยู่ในระดับปานกลาง (M=8.82, SD=2.38) ภายหลังการโค้ชค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับสูง (M=12.28, SD=1.16)

2. การปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาลภายหลังการโค้ช (M=83.42, SD=3.1) สูงกว่าก่อนการได้รับการโค้ช (M=66.42, SD=5.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพได้รับการโค้ชตามรูปแบบ GROW ซึ่งการโค้ชแบบ GROW ใช้กระบวนการโค้ชซึ่งเป็นการสอน ชี้แนะรายบุคคลที่เน้นการฝึกปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ผู้รับการโค้ชมีการซักถามข้อสงสัย และผู้โค้ชอธิบายข้อความรู้เพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาของเกตุแก้ว นิลยาน สมพันธ์ หิญชีระนันทน์ และปราณี มีหาญพงษ์ (2564) ศึกษาผลการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบสมาร์ทของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 25 คน พบว่า ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบสมาร์ทสูงกว่าก่อนการการนิเทศตามโมเดลการการโค้ชแบบสมาร์ทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยพยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดสูงกว่าก่อนการโค้ช เนื่องจากใช้แนวคิดการโค้ชแบบ GROW ร่วมกับการใช้สื่อในการอบรมให้ความรู้ มีการกระตุ้นผู้รับการโค้ชในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในสถานการณ์จำลองการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดตามแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรฎา ห้วยเรไร แอชตัน และคณะ (2565) พบว่าความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพื่อส่งเสริมความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการโค้ช และฐิติมา แบ่งสุข มาลี เอื้ออำนวย และจุฑามาศ โชติบาง (2560) พบว่าการนำแนวคิดการโค้ชการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการจัดท่านอนของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอเพิ่มมากขึ้น ผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังการโค้ชพบว่าค่าดรรชนีภาวะช็อกแรกรับและก่อนจำหน่ายแตกต่างกันทางสถิติที่ 0.001 โดยก่อนจำหน่ายมีค่าดรรชนีภาวะช็อกลดลงกว่าแรกรับ ส่วนระดับความรู้สึกตัว ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดของกลุ่มหลังการโค้ชแรกรับและจำหน่ายออกจาก

ER ไม่แตกต่างกัน (P=0.440 และ 0.118) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากหลังการโค้ชพยาบาลมีการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการโค้ชทำให้ได้รับการการเฝ้าระวัง ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันเวลาทำให้เกิดประสิทธิภาพ

โดยรวมการดำเนินการตามรูปแบบการโค้ชแบบ GROW ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยให้ความรู้ คำปรึกษาและแนะนำ ช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน โดยมุ่งเน้นวิธีการปฏิบัติงานที่หมาะสม โดยใช้ประสบการณ์ ความรู้ความสามารถของผู้ฝึกสอนถ่ายทอดไปยังผู้ปฏิบัติงานให้ผู้รับการโค้ชมีความเชื่อมั่นและกล้าตัดสินใจ ทำให้สมรรถนะของพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

**ข้อเสนอแนะการวิจัย**

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้**

การใช้รูปแบบการโค้ชการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ช่วยให้สมรรถนะพยาบาลเพิ่มขึ้น และความรุนแรงของภาวะช็อกลดลง ควรนำรูปแบบการโค้ชไปใช้ในการทำวิจัยในสถานการณ์อื่นๆ เช่น ศึกษาผลของรูปแบบการโค้ชต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บในระบบต่างๆ หรือการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆ เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้ผู้ป่วย

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรขยายผลรูปแบบการโค้ชในกลุ่มผู้บาดเจ็บรุนแรงอื่นๆ โรคต่างๆ ที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูง

2. ควรมีการติดตามผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนหรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง


เกตุแก้ว นิลยาน, สมพันธ์ หิญชีระนันท์, และปราณี มีหาญพงษ์. (2564). ผลการนิเทศน์ตามโมเดลการโค้ชแบบสมาร์ทของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 17*(2), 74-88.

ฐิติมา แบ่งสุข, มาลี เอื้ออำนวย, และจุฑามาศ โชติบาง. (2560). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดท่านอนทารกก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอ. *พยาบาลสาร, 44*(3), 1-8.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิง จิตวิทยา.* โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พนิดา จารย์อุปการะ และมาเรียม นิลพันธุ์. (2558). *รูปแบบการพัฒนาวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการโค้ชของครูหัวหน้ากลุ่มสาระการเรียนรู้. วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย*, *7*(2), 174-190.

เพชรฎา ห้วยเรไร แอชตัน, นิตรา ชาญชัยเดชาชัย, พิชญดา โลลุพิมาน, และสุภาพร หงส์ทอง. (2565). ผลของการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารกองการพยาบาล, 49*(3), 44-57.

รุ่งอรุณ บุตรศรี. (2562). ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, *26*(2), 84-96.

โรงพยาบาลนครปฐม. (2565). *รายงานเวชระเบียนและสถิติงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนครปฐม 2565*. งานเวชระเบียนและสถิติงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม.

Alexander, G. (2010). *Behavioral coaching-the GROW model In Passmore, Jonathan. Excellencein coaching: The industry guide* (2nd ed.). Kogan.

Abhilash, Kundavaram Paul Prabhakar., Sivanandan, A. (2020). Early management of trauma the golden hour. *Current Medical Issues, 18*(1), 36-39. https://doi.org/10.4103/cmi.cmi_61_19

Butcher, N. E., & Balogh, Z. J. (2014). Update on the definition of polytrauma. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 40*(2), 107-111. https://doi.org/10.1007/s00068-014-0391

Flaherty, J. (2010). Coaching: Evoking excellence in others (3rd ed). Taylor & Francis.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*, 1149-1160. https://link.springer.com/article/10.3758/BRM.41.4.1149

# ผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิภาพร จันทนาม*, สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี*, สุมิตรา จุฑางกูร**, วลัยมาศ จันทนาม***

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์การวิจัย** : เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน

**รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย** : กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2566 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย มีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 เท่ากับ 0.89 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.89 ตามลำดับ แผนการสอนและสื่อนำเสนอในโปรแกรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าทีแบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน

**ผลการวิจัย**: ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย หลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**สรุปและข้อเสนอแนะ** โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนช่วยเพิ่มความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย จึงควรนำไปใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเน้นการพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแลและการดูแลตนเองของผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** การให้ความรู้อย่างมีแบบแผน, พฤติกรรมการดูแล, โรคธาลัสซีเมีย

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2567 หน้า 52-66

* อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

*** นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

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

วันที่รับบทความ: 7 พฤษภาคม 2567, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 7 มิถุนายน 2567, วันที่ตอบรับบทความ: 17 มิถุนายน 2567

# Effects of a Structured Education Program on the Knowledge and Behavior of Caregivers of Children with Thalassemia at Roi Et Hospital

Wipaporn Jantanam*, Sujitta Ritmontree*, Sumittra Jutangura**, Walaimas Jantanam***

## Abstract

**Purpose:** To evaluate the differences in knowledge and caregiving behaviors among caregivers of children with thalassemia before and after receiving structured educational interventions program.

**Design:** A single-group quasi-experimental study utilizing pre- and post-intervention tests.

**Method:** The sample group consisted of 30 caregivers of children with thalassemia receiving treatment at Roi Et Hospital between October and December 2023. The utilized instruments included a knowledge test and a questionnaire assessing caregiving behaviors for children with thalassemia, with Kuder Richardson-20 of 0.89, and Cronbach's alpha coefficients of 0.89, respectively. Lesson plans and presentation media in the program were evaluated for content validity by three experts, yielding a content consistency index of 0.97. Data analysis was conducted using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics for correlation.

**Main findings:** After receiving structured educational interventions program, the caregivers of children with thalassemia demonstrated statistically significant improvements in their mean knowledge and caregiving behavior scores, with a significance level of $p < 0.01$.

**Conclusion and recommendations**: The structured educational program increases knowledge and promotes behavior in caring for children with thalassemia. Therefore, it should be used to care for this group of patients by emphasizing the development of caregivers' care skills and patient self-care.

**Keywords**: Structured educational intervention, Caregiving behavior, Thalassemia

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(1), 52-66

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

** Registered Nurse Professional level, Roi-Et Hospital, Roi Et Province

*** Master Student, Department of Physiology, Siriraj hospital, Mahidol University

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

Received: 7 May 2024, Revised: 7 June 2024, Accepted: 17 June 2024

**ความสำคัญของปัญหาการวิจัย**

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรมแต่กำเนิดทั้งธาลัสซีเมียเมเจอร์และธาลัสซีเมียไมเนอร์ (Khezri et al., 2016) ในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 30-40 หรือ 18-24 ล้านคน ประชากรไทยมียีนทางพันธุกรรมที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติซึ่งในแต่ละปีมีเด็กเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 12,125 ราย และจากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอายุ 1 เดือน - 15 ปี ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 เป็นผู้ป่วยนอก 756, 748 และ 720 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยใน 244, 288 และ 306 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2566) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงปานกลางจำเป็นต้องได้รับเลือดและยาขับเหล็กเป็นประจำทุกเดือนประมาณ 600,000 กว่าคน (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2561) เพื่อประคับประคองให้มีชีวิตรอดระยะยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและเผชิญกับสิ่งต่างๆ มากมายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และปัญหาสังคม เพราะเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เด็กเกิดข้อจำกัด เช่น ต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ออกกำลังลายหรือเล่นหักโหมไม่ได้ ขาดเรียน และมีความเครียด เป็นต้น (Sanctis et al., 2017; ศริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และคณะ, 2563) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัว เพราะเด็กเป็นวัยที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองและตัดสินใจได้ทั้งหมดจึงจำเป็นจะต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล (สุกัญญา ฆารสิทธ์ และคณะ, 2564) ในการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักที่มีความใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลมากที่สุดเริ่มตั้งแต่เมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย เพื่อช่วยสนับสนุนควบคุมดูแลและส่งเสริมสุขภาพ (จุไรรัตน์ กีบาง, 2562)

จากการวิเคราะห์และสังเกตการณ์ปฏิบัติหน้างานหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบปัญหาผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มักลืมกินยา ผู้ดูแลเมื่อเห็นเด็กซีดจะให้เด็กรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น จำพวกเลือดหมู เลือดไก่ ตับ หรือผักที่มีธาตุเหล็ก เพราะเชื่อว่าธาตุเหล็กจะไปช่วยสร้างเม็ดเลือดทำให้เด็กซีดน้อยลง และบางรายก็ให้รับประทานอาหารหรือขนมพวกสาหร่าย ช็อคโกแลต ตามความต้องการและความชอบของเด็ก ให้เล่นกับเพื่อนที่เป็นหวัด เด็กบางรายมีภาวะเหล็กเกิน ซีดรุนแรง ติดเชื้อ และต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลยังขาดความรู้ในการดูแล ซึ่งการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ผ่านมานั้น มีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนด้วยปากเปล่าแก่ผู้ดูแลหลังจากที่เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย และหลังจากมาพบแพทย์ทุกครั้ง แต่ยังไม่มีแบบแผนการให้ความรู้ที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการประเมินติดตามเพื่อให้ได้ข้อมูลการปฏิบัติตนต่อการดูแลเด็กป่วย ประกอบกับหน่วยงานมีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า การให้ความรู้อย่างมีแบบแผนจะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถจัดการดูแล

เด็กได้อย่างเหมาะสม (ธรรมนูญ เปรมใจ กิตติพรเนาว์สุวรรณ และนภชา สิห์วีรธรรม, 2565) การส่งเสริมความรู้โดยการใช้สื่อวีดีโอมีประสิทธิภาพที่ดีในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูสุขภาพเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (สุกัญญา ฆารสิทธ์ และคณะ, 2564) เด็กวัยเรียนที่ป่วยโรคธาลัสซีเมียภายหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนการได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน (ปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า, 2565) ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลโดยการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย แผนการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย การจัดทำแผนการสอนสื่อการให้ความรู้ ประกอบด้วย วิดิทัศน์แอนิเมชั่นเรื่อง The Thalassemia แผ่นพับการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย กิจกรรมการสอนด้วยวิธีการบรรยายแบบมีส่วนร่วม จะเพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีต่อการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแล จะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของพยาบาลและการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการสอนสุขภาพ (Health education process) ตามกรอบแนวคิดของมาร์ค Mark (2018) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) การใช้สื่อในการให้ความรู้ 2) ให้ความรู้โดยการสนทนาแบบมีส่วนร่วม และ 3) ติดตามพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นช่วยให้บุคคลนำความรู้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนจนได้พฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วยแผนการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ที่เป็นการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และสื่อการสอน ได้แก่ 1) วิดีทัศน์ เรื่อง พบหมอเด็กจุฬาภรณ์ Season 2 EP 6 เรื่อง โรคธาลัสซีเมียเรื่องใกล้ตัวที่อาจมองข้าม 2) แผ่นภาพอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทานสำหรับเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย และ 3) แผ่นพับความรู้และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อกลับไปทบทวนและติดตามผลภายหลังจากการให้ความรู้ เป็นระยะเวลา 1 เดือน และประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลหลังการได้รับโปรแกรมความรู้อย่างมีแบบแผน (ดังแผนภาพที่ 1)




**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน (One group pre-post test design) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) = 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และจากการศึกษาของปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า (2565) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลการวิจัยครั้งนี้จึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร n = n/1-R (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2554) โดยกำหนดค่าอัตราการสูญหายเท่ากับร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง และมีความยินดี สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอายุตั้งแต่ 1-15 ปี โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี และพาเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียมารักษา

เกณฑ์คัดออก คือ มีโรคทางกายและโรคทางจิตรุนแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และเกณฑ์การยุติ

เข้าร่วมโครงการ คือ เจ็บป่วย ฉุกเฉิน ร้ายแรง หรือเสียชีวิต ระหว่างการดำเนินการวิจัย ย้ายที่อยู่และหรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบและขอถอนตัวออกจากการวิจัย ระหว่างการดำเนินการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย ความหมายโรคธาลัสซีเมีย อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการดูแลตนเองประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และการมาตรวจตามนัด

1.2 สื่อการสอน ประกอบด้วย 1) วีดิทัศน์เรื่อง พบหมอเด็กจุฬาภรณ์ Season 2 EP 6 เรื่อง โรคธาลัสซีเมียเรื่องใกล้ตัวที่อาจมองข้ามจัดทำโดย ปรีดา วาณิชยเศรษฐกุล (2560) แพทย์เฉพาะทางกุมารเวชศาสตร์ กุมารศาสตร์โรคเลือด กุมารศาสตร์โรคมะเร็ง การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด โรงพยาบาลจุฬากรณ์ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ 2) แผ่นภาพอาหารที่ควรรับประทาน และควรหลีกเลี่ยงและไม่ควรรับประทานสำหรับเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย และ 3) แผ่นพับความรู้และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เป็นลักษณะเลือกตอบและเติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทความสัมพันธ์กับเด็กป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย สิทธิการรักษา ระดับฮีมาโตคริต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เป็นแบบวัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากการศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียของปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า (2565) จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเลือกตอบ ใช่กับไม่ใช่ ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) อ้างอิงใน เพชรัตน์ ศริสุวรรณ (2561) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลางได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 และความรู้ระดับต่ำได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากการศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

ของปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า(2565) จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลโดยทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ จำนวน 5 ข้อ ด้านการดูแลเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพจำนวน 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกจากปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบจากปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 4 คะแนน

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย**

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย สื่อการสอน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence (IOC)) ของแผนการสอนเท่ากับ 0.97 แบบวัดความรู้เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลเท่ากับ 0.93 และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์ความแปรปรวนของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1.ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังได้รับอนุญาตแล้วนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ที่มีกลุ่มตัวอย่างใช้บริการ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนด วันเวลา ที่จะเข้าเก็บข้อมูล

3. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนในการจัดกิจกรรมการสอน รวมถึงการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที

5. หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในห้องให้คำปรึกษาบนหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามแผนการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และใช้สื่อการสอนวีดีทัศน์ เรื่อง พบหมอเด็กจุฬาภรณ์ Season 2 EP 6 เรื่อง โรคธาลัสซีเมียเรื่องใกล้ตัวที่อาจมองข้าม และแผ่นภาพอาหารที่ควรรับประทาน และไม่ควรรับประทาน

และควรหลีกเลี่ยง สำหรับเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

6. เมื่อสอนเสร็จให้แบบแผ่นพับเรื่อง ความรู้และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปอ่านทบทวนและเน้นย้ำให้นำความรู้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

7. นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง 1 เดือน เมื่อมาตามการรักษาตามนัดปกติ ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อติดตามการนำความรู้ที่ได้รับไปเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแล ด้วยการให้ตอบแบบสอบถาม

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และอาสาสมัครสามารถตัดสินใจโดยอิสระ เพื่อนำไปใช้ในผลการวิจัยเท่านั้น โดยในการตอบแบบสอบถามจะเป็นข้อมูลความลับไม่เปิดเผยชื่ออาสาสมัคร รวบรวมและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เก็บรักษาข้อมูลและทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 82/2566 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 094/2566 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566

**วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการได้รับการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน นำค่าคะแนน ของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามมาแจกแจงข้อมูล การกระจายของข้อมูลได้เป็นโค้งปกติ (Normal distribution) จากนั้นจึงทำการทดสอบค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test dependent)

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย และผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย**

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00) อายุสูงสุด 68 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี อายุเฉลี่ย 48.9 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาจำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.67) ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรม จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.67) รายได้ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.00) สถานภาพรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สิน จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.67) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย (n=30)

| ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| เพศ | | |
| ชาย | 9 | 30.00 |
| หญิง | 21 | 70.00 |
| อายุ (ปี) (Min=25 ปี, Max=68 ปี) เฉลี่ย 48.9 ปี | | |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 17 | 56.67 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 2 | 6.67 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 7 | 23.33 |
| สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย | 4 | 13.33 |
| อาชีพ | | |
| เกษตรกรรม | 17 | 56.67 |
| ค้าขาย/อาชีพอิสระ | 3 | 10.00 |
| ไม่มีอาชีพ/ไม่มีรายได้/อยู่บ้าน | 10 | 33.33 |
| รายได้ | | |
| ต่ำกว่า 5,000บาท | 15 | 50.00 |
| 5,001-10,000 บาท | 9 | 30.00 |
| 10,001-15,000บาท | 3 | 10.00 |
| สูงกว่า15,000 | 3 | 10.00 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย | | |
| บิดา/มารดา | 14 | 46.67 |
| ปู่/ย่า | 6 | 20.00 |
| ตา/ยาย | 8 | 26.66 |
| อื่นๆ | 2 | 6.67 |

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.33) อายุสูงสุด 14 ปี อายุต่ำสุด 3 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-12 ปี จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.33) รองลงมาช่วงอายุ 3-5 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.67) รองลงมาระดับอนุบาล จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.66) ระยะเวลาที่ป่วยโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ 7-10 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40) รองลงมา 4-6 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.67) ชนิดโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่เป็นชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.67) และสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง จำนวน 29 คน ร้อยละ (ร้อยละ 96.67)

**2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน**

ความรู้รายด้านของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียก่อนและหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนพบว่า ระดับความรู้ของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.68) ด้านที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมร้อยละ 96.00 และด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 89.00 รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คะแนนความรู้รายด้านของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน (n=30)

| ความรู้รายด้านเกี่ยวกับ | จำนวนข้อ | ร้อยละคะแนน (ระดับความรู้) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ก่อนให้ความรู้ | | | หลังให้ความรู้ | | |
| | | M (ร้อยละ) | SD | ระดับความรู้ | M (ร้อยละ) | SD | ระดับความรู้ |
| 1. โรคธาลัสซีเมียที่เจ็บป่วย | 5 | 3.15 (78.75) | 0.59 | ปานกลาง | 4.75 (94.00) | 0.49 | สูง |
| 2. การรักษา | 4 | 3.00 (84.25) | 0.58 | ปานกลาง | 4.45 (93.75) | 0.45 | สูง |
| 3. ยาที่ได้รับ | 2 | 1.35 (71.50) | 0.40 | ปานกลาง | 1.85 (91.50) | 0.43 | สูง |
| 4. การดูแลสุขภาพ | 5 | 3.05 (82.50) | 0.59 | ปานกลาง | 4.55 (89.50) | 0.75 | สูง |
| 5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม | 1 | 0.58 (89.00) | 0.21 | ปานกลาง | 0.95 (96.00) | 0.23 | สูง |
| 6. อาหารที่เหมาะสม | 2 | 1.70 (85.50) | 0.65 | ปานกลาง | 1.85 (89.00) | 0.45 | สูง |
| 7. ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด | 1 | 0.56 (72.00) | 0.22 | สูง | 0.95 (95.00) | 0.23 | สูง |
| รวม | 20 | 1.91 (80.50) | 0.46 | ปานกลาง | 19.36 (92.68) | 1.16 | สูง |

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลโดยรวมภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ย (M=19.10, SD=1.45) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (M=12.50, SD=2.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (P-value<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน (n=30)

| ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคธาสัสซีเมีย | M | SD | t | p-value |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 12.50 | 2.25 | 18.43 | 0.001 |
| ภายหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 19.10 | 1.45 | | |

**3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน**

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนโดยรวมพบว่าพฤติกรรมการดูแลภายหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน (M=94.46, SD=9.13) สูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน (M=88.45, SD=8.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแล รายด้านหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน พบว่า ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียมีพฤติกรรมการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการดูแลที่จำเป็นทั่วไป (M=40.97, SD=4.54, p-value<0.001) ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (M=18.85, SD=1.75, p-value< 0.001) และด้านการดูแลที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (M=27.76, SD=5.12, p-value<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน (n=30)

| พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแล | M | SD | t | *p-value* |
|---|---|---|---|---|
| การดูแลโดยรวม (คะแนนเต็ม 120 คะแนน) | | | | |
| ก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 88.45 | 8.65 | 6.11 | 0.001 |
| หลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 94.46 | 9.13 | | |
| ด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (คะแนนเต็ม 56 คะแนน) | | | | |
| ก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 38.25 | 3.77 | 1.97 | 0.001 |
| หลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 40.97 | 4.54 | | |
| ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) | | | | |
| ก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 16.10 | 1.65 | 2.54 | 0.001 |
| หลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 18.85 | 1.75 | | |
| ก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 33 | 5.59 | 4.19 | 0.001 |
| หลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน | 27.76 | 5.12 | | |

**การอภิปรายผลการวิจัย**

1. ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการให้ความรู้ในโปรแกรมฯ หรือการสอนเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการจัดทำแผนการสอน การจัดทำสื่อการสอนประกอบด้วย แผ่นพับความรู้และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย แผ่นภาพอาหารที่ควรรับประทาน และควรหลีกเลี่ยงและไม่ควรรับประทานสำหรับเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย การเลือกสื่อวีดิทัศน์ที่มีความเหมาะสมกับผู้เรียน วิธีการสอนประกอบด้วยการบรรยายแบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้เรียนเข้าใจในบทเรียนอย่างถูกต้องและรวดเร็วดีกว่าการบรรยายหรืออธิบายเพียงอย่างเดียว การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซักถามและตอบข้อสงสัยของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย รวมทั้งให้ผู้ดูแลเลือกรูปภาพอาหารและการจัดหมวดหมู่ภาพอาหารที่ควรรับประทานและการจัดหมวดหมู่ภาพอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นวิธีการสอนที่น่าสนใจผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียได้รับความสนุกสนาน ผ่อนคลาย นอกจากนั้นยังมีการมอบแผ่นพับการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียสำหรับผู้ดูแลหลังการให้ความรู้ ซึ่งวิธีการทั้งหมดนี้เป็นการให้ความรู้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยสามารถประเมินปัญหาหรือข้อจำกัดในการเรียนรู้ของผู้ดูแลแต่ละคนได้ สามารถเน้นย้ำความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ดูแลแต่ละราย หาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ฆารสิทธ์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาประสิทธิผลของสื่อวิดีโอต่อคะแนนความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้หลังดูวิดีโอ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนดูวิดีโอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) และสอดคล้องกับการศึกษาในเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียของปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า (2565) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียภายหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรวุฒิ แสงทอง จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง (2563) ได้ศึกษาผลของระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ที่พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสติติที่ระดับ 0.01 (พิมพ์กมน กิตติพงษ์วรกิจ ปรวรรณ รอดบุญชัย และนฤมล ศิริชัย, 2565)

2. พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลหลังจากได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีดมียสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียในวันที่ติดตามมีค่าเฉลี่ย 25.52% สูงกว่าวันที่ให้ความรู้อย่างมีแบบแผนกับผู้ดูแล (ค่าเฉลี่ย 23.29%) สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนด้วยสื่อแผ่นภาพแผ่นภาพอาหารที่ควรรับประทาน และไม่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยงสำหรับเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียและมีแผ่นพับความรู้และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียกลับไปทบทวนได้ด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย นำสู่การมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ดีขึ้น อีกทั้งเมื่อมีความรู้และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องจะทำให้เกิดความคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับในภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วย รวมถึงผู้ดูแลที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับเด็กตั้งแต่แรกเกิด ความรักความผูกพันภายในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการดูแลเด็กที่ป่วย สนับสนุนแนวคิดของ Mark (2018) ที่บุคคลมีความรู้แล้ว จะนำความรู้มาปรับเปลี่ยนให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราพร ปติพัฒน์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.561, p<.001) นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในเด็กวัยเรียนที่ป่วยโรคธาลัสซีเมียด้วยการสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า การให้ความรู้อย่างมีแบบแผนมีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของเด็กวัยเรียนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า, 2565) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeesh, Yousif, and Al-Haboub (2018) ที่ศึกษาผลของความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยธาลัสซีเมียในสาธารณรัฐอาหรับดามัสกัส-ซีเรีย พบนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับการพัฒนาคะแนนทักษะของผู้ดูแลและผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ก่อนและหลังรับคู่มือการสอนตั้งแต่ 12.52±1.77 ถึง 14.07±1.01, t=11.447, p=0.000 จึงสรุปได้ว่าการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนกับผู้ดูแลเด็กป่วยโรค ธาลัสซีเมียมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาระบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการและรวมถึงการติดตามและทบทวนความรู้ พัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแลและทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอย่างต่อเนื่องเป็นประจำเพื่อการบริการที่มีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลร่วมกับเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## เอกสารอ้างอิง


กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2561). *โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียโรคทางพันธุกรรมที่น่าเป็นห่วงในประเทศไทย*. https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/116500

จุไรรัตน์ กีบาง. (2562). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและพัฒนาความสามารถผู้ปกครองในการล้างจมูกเด็กต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจของผู้ปกครอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *20*(1), 236-244.

ธรรมนูญ เปรมใจ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และนภชา สิห์วีรธรรม. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลการรักษาอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 2*(2), 12-24.

ปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า. (2565). ประสิทธิผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 2*(3), 32-47.

ปรีดา วาณิชยเศรษฐกุล. (2565, 14 ตุลาคม). พบหมอเด็กจุฬาภรณ์ Season 2 EP 6 เรื่อง โรคธาลัสซีเมียเรื่องใกล้ตัวที่อาจมองข้าม. [Google]. https://Youtu.be/wKiuNeTEfsA

พิมพ์กมน กิตติพงษ์วรกิจ, ปรวรรณ รอดบุญชัย, และนฤมล ศิริชัย. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลสมุทปราการ. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการ*, *1*(2), 66-82.

เพชรัตน์ ศริสุวรรณ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *ราชาวดีสารวิทยาลัยบรมราชชนนีสุรินทร์*, *8*(1), 48-49.

วรวุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, และวิจิตร แผ่นทอง. (2563). ผลของระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, *7*(2), 39-50.

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2566). *รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด.

ศริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรัสิกุล, พจนารถ สารพัด, และมณีพร ภิญโญ. (2563). รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *28*(2), 27-39.

สุกัญญา ฆารสิทธ์, ณัฏฐพล นนทิบุตรธีรชัย, ก้านจิต ศรีนนท์, นงค์นุช หวายแก้ว และกฤชกันทร สุวรรณพันธุ์. (2564). ประสิทธิผลของสื่อวีดีโอต่อคะแนนความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, *29*(2), 283-294.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2554). การปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มสำหรับการไม่ปฏิบัติตามแผนการทดลอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *20*(1), 1-2.

อัจฉราพร ปิติพัฒน์, สิริณัฏฐ์ โภคพัชญ์ภูเบศ, ชลินดา คำศรีพล, และสมสมร เรืองวรบูรณ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, *34*(3), 1-10.

Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGrawill

Jeesh, Y. A. A., Yousif, M. E.- hadi A., & Al-Haboub, M. A.-B. (2018). The effects of patients' and care-givers' knowledge, attitude, & practice (KAP) on quality of life among thalassemia major patients' in damascus-syrian arab republic. *European Scientific Journal, ESJ*, *14*(12), 308-335. https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n12p308

Khezri, H. D., Zeydi, A. E., Sharifi, H., & Jalali, H. (2016). Is Vitamin C Supplementation in Patients with β-thalassemia major beneficial or detrimental?. *Hemoglobin*, *40*(4), 293-294.

Mark, V. (2018). Relationship of functional health literacy to patients knowledge of their disease. *Archives of Internal Medicine*, *25*(2), 166-172.

Sanctis, V. D., Kattamis, C., Canatan, D., Soliman, A. T., Elsedfy, H., Karimi, M., Daar, S., Wali, Y., Yassin, M., Soliman, N., Sobit, P., Jaouni, S.A., Kholy, M. E., Fiscina, B. & Angastiniotis, M. (2017). β-thalassemia distribution in the old world: An ancient disease seen from a historical standpoint. *Mediterr J Hematol Infect Dis*, *9*(1), 1-14.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

เกสราภรณ์ ม่วงมายา*

## บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อสมองบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และความพิการทั้งในไทยและทั่วโลก การวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลให้ผู้ป่วยรอดพ้นระยะวิกฤต และการเชื่อมรอยต่อของการดูแลระยะกลางเป็นหัวใจสำคัญในการลดภาระทางสาธารณสุข บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างและวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาของผู้ป่วย 2 กรณี ตามประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน และการดูแลระยะกลาง จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบแสดงให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างบางประเด็นของทั้ง 2 กรณี นำไปสู่ความเข้าใจและมองเห็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

**คำสำคัญ :** โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาล, การดูแลระยะเฉียบพลัน, การดูแลระยะกลาง

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2567 หน้า 67-88

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
Corresponding author: E-mail: ketsaraporn159@gmail.com Tel. 098-902-2262

วันที่รับบทความ: 17 เมษายน 2567, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 มิถุนายน 2567, วันที่ตอบรับบทความ: 25 มิถุนายน 2567

# Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke: Two Case Studies

Ketsaraporn Moungaya*


## Abstract

Acute ischemic stroke causes injury to brain tissue at the affected area. It is the main cause of death and disability both in Thailand and around the world. The nursing care plan to ensure patients survival and the bridging of intermediate care gap are keys to reducing the public health burden. This academic article aimed to study the differences and comparative analysis of two case studies of patients according to their illness history, signs and symptoms, laboratory investigations for diagnosis, treatment, nursing diagnosis, nursing care in the acute period and the intermediate care. The comparative analysis showed some similarities and differences in both cases, leading to understanding and seeing ways to develop a care model for this group of patients.


**Keywords**: Cerebrovascular disease, Nursing care, Acute care, Intermediate care

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(1), 67-88

* Registered Nurse, Professional Level, Chom Thong Hospital, Chiang Mai province, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Ministry of Public Health

Corresponding author: E-mail: ketsaraporn159@gmail.com Tel. 098-902-2262

Received: 17 April 2024, Revised: 20 June 2024, Accepted: 25 June 2024

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของโลก และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการอันดับ 3 ของโลก (Feigin et al., 2022) โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทุกปีประมาณ 6.5 ล้านคน และเป็นโรคนี้ปีละประมาณ 12.2 ล้านคนทั่วโลก (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) ประเทศไทยนั้นพบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560 ในปี 2565 มีอุบัติการณ์สูงถึง 330.72 ต่อแสนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นชนิดสมองขาดเลือดและชนิดเลือดออก โดยสมองขาดเลือดมีอุบัติการณ์ถึง 222.19 ต่อแสนประชากร หรือ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งพบบ่อยกว่าประมาณ 2.5 เท่าของโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) การเสียชีวิตยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่องทั้งจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2565) โดยอัตราการเสียชีวิตของปี 2565 สูงถึงร้อยละ 10.92 ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในขณะที่อัตราการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้นยังต่ำอยู่เพียงร้อยละ 7.36 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) ซึ่งพบบ่อยประมาณร้อยละ 80 ในประเทศไทย (Suwanwela, 2014) เกิดจากการขาดเลือดแบบเฉียบพลันตามบริเวณที่เส้นเลือดเส้นนั้นไปเลี้ยง นานกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อสมองบริเวณนั้นและเกิดอาการที่สอดคล้องกับบริเวณการทำงานของเนื้อสมองส่วนนั้นๆ ตั้งแต่อาการอ่อนแรง มองเห็นไม่สมบูรณ์ หน้าเบี้ยว สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตได้ พบได้หลายสาเหตุ เช่น ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดสมองโดยตรง (Thrombotic stroke) หรือลิ่มเลือดที่เดินทางมาจากส่วนอื่นของร่างกายและมาอุดตันในหลอดเลือดสมอง (Embolic stroke) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการอุดตัน ซึ่งเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตถึงร้อยละ 13.5 ใน 30 วันแรกหลังป่วย (Zhang et al., 2020) และโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 ภายในเวลา 1 ปี (Moraes et al., 2023) การรักษาและการพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ครอบคลุม โดยเฉพาะการรักษาที่ทันเวลานั้นทำให้มีโอกาสลดอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงของอาการของโรคได้ (Moraes et al., 2023)

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นระยะวิกฤต และการเชื่อมรอยต่อของการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) เป็นหัวใจสำคัญในการลดภาระทางสาธารณสุขของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยขับเคลื่อนผ่านตัวชี้วัดของ แผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service plan) ทั้งสองระยะ การดูแลระยะกลาง (ระยะที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่) ที่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยมีเป้าหมายคือ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

ก่อนครบ 6 เดือน (กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ (ระดับ M1) ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในเขตสายใต้ของจังหวัดเชียงใหม่ ครอบคลุมในอำเภอจอมทอง อำเภอดอยหล่อ อำเภอฮอด และอำเภออมก๋อย อำเภอดอยเต่า อำเภอแม่แจ่ม รวมถึงเขตรอยต่อจังหวัดใกล้เคียง เช่น จังหวัดลำพูน และจังหวัดแม่ฮองสอน รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตาม Service plan ของโรคหลอดเลือดสมอง จัดระบบการรับผู้ป่วยตามแบบ Stroke fast tract การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) จัดให้มีระบบหอผู้ป่วย ICU stroke, Stroke unit care และหอผู้ป่วย Intermediate care รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน ตามแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด และแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลจอมทอง มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม ให้ดีขึ้นมากที่สุด มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่พยาธิสภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย ตลอดจนการส่งเสริมให้ญาติเข้ามาช่วยดูแล เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติ (พีรดา สมพันธ์, 2567) การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่ซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต หรือเกิดความพิการของร่างกาย พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะประสบการณ์และความชำนาญขั้นสูงในการปฏิบัติและการตัดสินใจ มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากระยะวิกฤต ภายหลังผู้ป่วยรอดพ้นระยะวิกฤตแล้ว อาการทางระบบประสาทจะยังไม่ฟื้นตัวดีนัก ต้องมีการดูแลในระยะรอยต่อภายหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เรียกว่าการดูแลระยะกลางต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนเพื่อฟื้นฟูศักยภาพผู้ป่วยและลดภาระการเจ็บป่วย รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและญาติ (พีรดา สมพันธ์, 2567) ในช่วงรอยต่อนี้การนำหลักการทางพยาบาลและแนวทางปฏิบัติตั้งแต่การวางแผนการจำหน่ายโดยประยุกต์ตามหลัก DOMETHODS มาใช้ในการเชื่อมต่อไปยังสหวิชาชีพในชุมชนจะทำให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่าย DOMETHODS นั้นมีประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ การวิจัยในประเทศไทยก่อนหน้าพบว่า สามารถลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังพบประโยชน์กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้แก่ ช่วยเพิ่มความรู้ในการดูแล มาตามนัด และลดความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ (พีรดา สมพันธ์, 2567; กนกวรรณ ช้างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์ และจินตนา อาจสันเทียะ, 2563)

การศึกษาความแตกต่างและวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาของผู้ป่วย 2 กรณี (Comparative case study) ตามประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน และการดูแลระยะกลาง เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจและมองเห็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดแบบองค์รวม

**การวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงลึก**

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงลึก ผู้ศึกษาได้นำเสนอเป็นตารางเปรียบเทียบในด้านประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง รวมทั้งการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงและการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย

| ข้อมูลผู้ป่วย | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) |
|---|---|---|
| ดัชนีมวลกาย | 22.89 | 20 |
| ผู้ดูแล | สามีและลูกสาว 2 คน | ลูกชายและลูกสะใภ้ |
| วันที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล | 11 มกราคม 2567 ถึง 19 มกราคม 2567 (8 วัน)<br>20 มกราคม 2567 ถึง 21 มกราคม 2567 (2 วัน)<br>(โรงพยาบาลฮอด) | 3 ตุลาคม 2566 ถึง 8 ตุลาคม 2566 (5 วัน) |
| อาการนำส่ง | ปากเบี้ยว น้ำลายไหล ร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น 2 ชั่วโมง | ซึมลงมา 5 ชั่วโมง |
| ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน | 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบว่ามีปากเบี้ยวด้านซ้าย พูดไม่ชัด น้ำลายไหล และ แขนขาอ่อนแรงด้านซ้ายมากกว่าเดิม คนไข้ตื่น รู้ตัวตลอด ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลฮอด ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจอมทอง (Last seen normal 5 ชั่วโมงก่อน) | 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล: เวียนศีรษะ หน้ามืดตาลาย คลื่นไส้ ไม่อาเจียน<br>5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ซึมลง นอนตลอด พูดน้อยลง |
| ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต | ปฏิเสธประวัติผ่าตัด<br>สถานะเดิม สามารถ เดินได้ ช่วยเหลือชีวิตประจำวันตนเองได้ตามปกติ มีอ่อนแรงซีกซ้ายอยู่เดิมประมาณ Grade 3 | ปฏิเสธประวัติผ่าตัด<br>มีประวัติเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน<br>สถานะเดิม สามารถ เดินได้ ช่วยเหลือชีวิตประจำวันตนเองได้ตามปกติ |
| โรคประจำตัว | โรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2549<br>โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 ปี 2561 ครั้งที่ 2 ปี 2562)<br>ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว รับยา warfarin<br>โรคลมชัก (Epilepsy) จากรอยโรคในสมอง | โรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2553<br>ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว<br>ตั้งแต่ปี 2556 รับยา warfarin<br>ภาวะไตวายเรื้อรัง ระดับ 3 |
| ประวัติการแพ้ยาและอาหาร | แพ้ยา tramadol ไม่มีแพ้อาหาร | ปฏิเสธประวัติแพ้ยา หรือแพ้อาหาร |
| การใช้สารเสพติด | ปฏิเสธใช้การเสพติด ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ | ปฏิเสธใช้การเสพติด ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ |
| ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว | ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว | ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว |

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงและการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย (ต่อ)

| ข้อมูลผู้ป่วย | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) |
|---|---|---|
| อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท | อาการการพูดผิด (Dysarthria)<br>สูญเสียเส้นรอยระหว่างจมูกและปากด้านซ้าย<br>ตาเอียงไปทางขวา<br>พลังกล้ามเนื้อ ด้านขวาเกรด 5 ด้านซ้ายเกรด 0 (เดิมเกรด 3 ด้านซ้าย)<br>ละเว้นด้านซ้าย (Left neglect)<br>Gag reflex ปกติ<br>คะแนน NHISS 20 | การตอบสนองช้า<br>เส้นรอยระหว่างจมูกและปากปกติ<br>ไม่มีตาเอียงไปด้านใด<br>พลังกล้ามเนื้อ ด้านขวาเกรด 5 ด้านซ้ายเกรด 3<br>Gag reflex ปกติ<br>ไม่มีข้อมูลการประเมิน ลานสายตา และ NIHSS |
| การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ | CBC : ปกติ<br>BUN Cr : ปกติ<br>**Electrolyte : K 3.13 (มีภาวะโปแตสเซียมต่ำ)**<br>LFT : ปกติ<br>**PT 15.8, INR : 1.45 (Subtherapeutic)**<br>UA : ปกติ<br>DTX stat : 148 mg%<br>EKG : atrial fibrillation<br>Chest X-ray : ปกติ<br>Lipid profile: LDL 135 mg/dl (มีภาวะ LDL สูงกว่าเกณฑ์) | CBC : ปกติ<br>BUN Cr : มี Creatinine เพิ่มขึ้น เป็น 1.71 (baseline เดิม 1.3)<br>Electrolyte : ปกติ<br>LFT : ปกติ<br>**PT 42.6 , INR : 3.79 (Supratherapeutic)**<br>UA : ปกติ<br>DTX stat : 90mg%<br>EKG : atrial fibrillation<br>Chest X-ray : ปกติ<br>Lipid profile : ปกติ |
| ผลตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT brain) | - Encephalomalacic change at right frontal lobe and parasagittal right frontoparietal region<br>- Few old lacunar infarctions at both basal ganglia | - Rather ill-defined hypodense lesion in cortex and subcortical white matter of right occipital lobe, probably acute to subacute infarction<br>- Well defined-hypodense lesion in bilateral basal ganglia and bilateral external capsule, probably old infarct |
| การวินิจฉัย | Acute cerebral infarction (Right middle cerebral artery และ anterior cerebral artery)<br>Recurrent stroke | Acute cerebral infarction (Right occipital lobe) |

การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาพบความแตกต่างของสาเหตุการเกิดโรค แม้ว่าทั้งสองจะมีปัจจัยเสี่ยงคล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศหญิง ที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว (Atrial Fribillation: AF) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน แต่รายที่ 1 พบความเสี่ยงในการควบคุมระดับความดันโลหิตและการกินยา Warfarin ไม่สม่ำเสมอ พบค่าแข็งตัวของเลือดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อาจทำให้มีลิ่มเลือดในหัวใจจากการเต้นผิดจังหวะ หลุดออก (สนับสนุนจากการอุดตันครั้งละหลายเส้นพร้อมกัน) และเกิดอุบัติเหตุทางหลอดเลือดสมองซ้ำเป็นครั้งที่ 3 พร้อมกันที่เส้นเลือดสมองใหญ่ทั้ง 2 เส้น ตำแหน่ง Middle cerebral artery (MCA) และ Anterior cerebral artery (ACA) ในขณะที่รายที่ 2 นั้นเกิดขึ้นครั้งแรก (อาจเป็นครั้งแรกที่มีอาการ) เมื่อพิจารณาตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดร่วมกับผล CT scan พบว่าพยาธิสภาพทั้งหมดเป็นตำแหน่งรอยต่อ Border zone ซึ่งตรงกับลักษณะของ Water shed infarct ตำแหน่งที่เป็นปลายเส้นเลือดของ 2 เส้นเลือดแดงหลัก เมื่อหลอดเลือดขนาดเล็กส่วนปลายแข็งตัว ก็จะทำให้เลือดส่วนปลายไปเลี้ยงไม่พอ (Mechtouff et al., 2021) ในรายนี้เกิดขึ้นที่ตำแหน่งระหว่าง Posterior cerebral arterty (PCA) และ MCA ซึ่งจะส่งต่อการขาดเลือดที่บริเวณ Occipital lobe ดังนั้นพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคในรายนี้ไม่ได้เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหัวใจเหมือนรายแรก (ระดับการแข็งตัวของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์) แต่เป็นภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและอุดตันจากความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานกว่า 14 ปี ร่วมกับการมีภาวะไตวายเรื้อรัง บ่งชี้ถึงความเสื่อมของเส้นเลือดอื่นๆ

พยาธิสภาพและอาการแรกรับนั้นแตกต่างกันตามตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บจากการขาดเลือด แม้กรณีที่ 1 การบาดเจ็บของสมองกว้างกว่ากรณีที่ 2 แต่อาการของทั้งสองกรณีศึกษามีภาวะความรู้สึกตัวลดลงทั้งคู่ โดยกรณีที่ 1 นั้นความรู้สึกตัวลดลงเนื่องมาจากการบาดเจ็บเป็นวงกว้างของ Large vessel occlusion (คะแนน NIHSS ที่สูง) ส่วนกรณีที่ 2 นั้นมีเรื่องของอายุมากเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงมีความรู้สึกตัวลดลงมากเมื่อเทียบกับการตำแหน่งที่อุดตันบริเวณ Occipital สำหรับอาการอ่อนแรงข้างซ้ายนั้นชัดเจนในกรณีที่ 1 เนื่องจากเป็นตำแหน่งของเนื้อสมองที่เกิดพยาธิสภาพโดยตรงทำให้ Motor power grade 0 พร้อมทั้งมีภาวะพูดลำบากทั้งๆ ที่เข้าใจภาษา การเคลื่อนไหวของตาผิดไปจากแนวปกติไปด้านขวา และละเลยด้านซ้ายไปด้วย ซึ่งเป็นอาการชัดเจนของการอุดตัน MCA อีกทั้งการอุดตัน ACA นั้นยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ขณะที่กรณีที่ 2 นั้นเกิดการบาดเจ็บที่ Occipital lobe จากการอุดตันของเส้นเลือดที่แตกออกมาจาก Posterior cerebral artery (PCA) สามารถพบอาการอ่อนแรงซีกซ้ายได้ (Grade 3) ส่งผลต่อเส้นประสาทและกล้ามเนื้อตาที่ทำให้การมองเห็นผิดปกติ การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และการเคลื่อนไหวร่วมด้วย

จากความแตกต่างของพยาธิสภาพ และสภาวะทางร่างกายที่แตกต่างกันของกรณีศึกษาทั้งสองราย ทำให้โอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโอกาสการเสียชีวิตแตกต่างกัน เกิดความแตกต่างในการรักษา และการวินิจฉัยทางการพยาบาลซึ่งแสดงเปรียบเทียบในตารางที่ 2 โดยมีเป้าหมายเดียวกันในการกู้คืนการไหลเวียนของเลือดมาที่เนื้อสมองให้ได้มากที่สุด ในระยะเฉียบพลัน ดังนี้

**ตารางที่ 2** วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน

| ทฤษฎี | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) | บทวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| การรักษา | 1. การ hydration<br>NSS 1000 ml IV rate 60 ml/hr<br>2. การควบคุมความดันให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามระยะของโรค<br>Monitor BP q 4 hr keep BP > 220/120<br>หลังจากนั้นวันที่ 4 ของการรักษา<br>Nicardipine 20 mg + NSS 80 ml ivdrip 5-75 ml/hr keep BP < 140/90<br>โดยเพิ่มยาลดความดัน Carvedilol (12.5) 1/4 เม็ด เช้า เย็น หลังอาหาร<br>Amlodipine (10) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า<br>3. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด<br>Monitor Blood sugar level q 8 hours, keep < 80mg%<br>4. ปรับระดับยา Warfarin<br>เพิ่ม dose ยา warfarin<br>5. ให้ยากันชัก Dilantin 100 mg IV q 8 hr<br>6. ยาอื่นๆ<br>Atorvastatin (40) 1 เม็ด หลังอาหารเย็น<br>Elixir KCL 30 ml 1 ครั้ง<br>NG feed BD(1:1) 350 ml 4 feeds ตามด้วยน้ำ 50 ml/feeds | 1. การ hydration<br>NSS 1000 ml IV rate 60 ml/hr<br>2. การควบคุมความดันให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามระยะของโรค<br>Monitor BP q 4 hr keep BP>220/120<br>3. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด<br>Monitor Blood sugar level q 8 hours, keep < 80mg%<br>4. ปรับระดับยา Warfarin<br>Hold ยา warfarin เดิม และปรับขนาดลดลง<br>5. ยาอื่นๆ<br>Vitamin K 2 mg oral via NG<br>Simvastatin (20) 1/2 เม็ดก่อนนอน<br>NG feed เช้า BD (1:1) 270 ml 5 feeds ตามด้วยน้ำ 50 ml/feeds | ทั้งสองกรณีศึกษา ไม่เข้าเกณฑ์การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rTPA) เนื่องจากเมื่อนับจากเวลาที่พบเห็นว่าปกติ อาจมาช้ากว่า 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ และแม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองคนจะเข้ามารับการรักษาได้รวดเร็วก็ตาม ผู้ป่วยทั้งสองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาสูง ดังนี้ กรณีที่ 1 แม้จะเข้าเกณฑ์ในการได้ยา และยืนยันโดย CT scan ว่าเป็น Ischemic stroke แต่เมื่อพิจารณาถึงขอบเขตที่เนื้อสมองได้รับบาดเจ็บนั้น เป็นบริเวณกว้าง Multilobar infarction (hypodensity >1/3 cerebral hemisphere) อีกทั้งยังมีการได้ยาละลายลิ่มเลือด Warfarin และประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเดิม ส่วนกรณีที่ 2 นั้น มาช้ากว่าระยะเวลาที่ควรได้รับยา และตรงกับข้อห้ามของการได้ยาหลายข้อ ได้แก่ การได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มี IHR>1.7 พร้อมภาวะเสี่ยงต่อการเลือดออกสูงและอายุมาก (วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2020; Powers et al., 2019)<br>การรักษาเบื้องต้นของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ทั้งสองกรณีทำเหมือนกัน คือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อ hydration คงระดับความดันโลหิตที่สูง BP>220/120 (hold ยาลดความดันของผู้ป่วย) ระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า |

**ตารางที่ 2** วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

| ทฤษฎี | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) | บทวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| | | | 94 ระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมให้ในกรณีที่ 2 (Powers et al., 2019) เพื่อให้เกิดเลือดไปเลี้ยงสมองมากที่สุดลดการบาดเจ็บของสมอง โดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรก นอกจากนี้ยังมีการปรับระดับยา Warfarin เกลือแร่ในเลือด และให้ยากันชักเฉพาะในกรณีที่ 1 เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากประวัติชักเดิมของผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นต้อง |
| การวินิจฉัยทางการพยาบาล | 1. เสี่ยงต่อภาวะระดับความรู้สึกตัวลดลง และมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง<br>2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก<br>3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอัน เนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น<br>4. ภาวะไตวายฉับพลัน<br>5. มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง<br>6. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย<br>7. เสี่ยงต่อการที่จะมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ | 1. เสี่ยงต่อภาวะระดับความรู้สึกตัวลดลง<br>2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก<br>3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอัน เนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น<br>4. ภาวะไตวายฉับพลัน<br>5. มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง<br>6. เลือดออกผิดปกติ<br>7. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย | สิ่งที่เหมือนกันในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยสองกรณีนี้ คือ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง และมีปัญหาเรื่องการกลืนส่งผลให้เกิดปอดติดเชื้อได้ง่าย เกิดโอกาสเป็นแผลกดทับจากการติดเตียง และโอกาสเกิดไตวายเฉียบพลันจากการที่ระบบไหลเวียนไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่มักพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Powers et al., 2019) ดังนั้น (1) การพยาบาลที่จำเป็นพื้นฐานในสองกรณีนี้ ได้แก่ 1) ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยและระดับความรู้สึกตัว สังเกตและตรวจสอบสัญญาณระบบประสาทของผู้ป่วยทุกๆ ชั่วโมง หากพบว่าคะแนนการตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลงเท่ากับหรือมากกว่า 2 คะแนน |

**ตารางที่ 2** วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

| ทฤษฎี | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) | บทวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| | | | ควรรีบแจ้งให้แพทย์ทราบทันที จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศาเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index 2) ดูแลเฝ้าระวังการสำลักอาหารหลังจากผ่านช่วงแรกที่งดน้ำงดอาหาร แพทย์ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก โดยจัดท่าศีรษะสูงทุกครั้งเวลาให้อาหารเหลว 3) ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการเข้ารับการรักษา ให้ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างสลบ หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยหรือการกระตุ้นผู้ป่วยให้มากที่สุด จัดสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ หลังจากที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นให้เร็วที่สุด ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ดูแลและสอนญาติทำ Passive exercise และวิธีการให้อาหารเหลว พูดคุยสื่อสารทำความเข้าใจ คลายความกังวลให้แก่ญาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติมีความพร้อมในการตัดสินใจในภาวะวิกฤต สำหรับการวินิจฉัยอื่นๆ ทางพยาบาลอื่นๆนั้นมีความแตกต่างกันตามความเสี่ยงในสองกรณีตามพยาธิสภาพและภาวะสุขภาพเดิมของผู้ป่วย นอกจากความเสี่ยงในการเลือดออกผิดปกติในกรณีที่ 2 ที่มากกว่านั้น ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับสมองขาดเลือดนั้นพบมากในกรณีที่ 1 เนื่องจากสมองที่ได้นับบาดเจ็บจากการขาดเลือดนั้นเป็นวงกว้าง การตายของเนื้อเยื่อมากๆ นั้นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องสมองบวมและการกดทับก้านสมองได้ |

**ตารางที่ 2** วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

| ทฤษฎี | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) | บทวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| | | | มากกว่า (2) การพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice) เข้ามามีบทบาทในผู้ป่วยทั้งสองรายเนื่องจากมีความซับซ้อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการที่ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอันเนื่องจากการเจ็บป่วย 1) นำหลักการ Synergy Model ที่เน้นการประสานความสามารถของพยาบาลกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ สื่อสารที่ชัดเจนและเปิดกว้างกับญาติผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค และทางเลือกในการดูแลต่างๆ synergy model ของ AACN (American Association of Critical-Care Nurses, 2017) 2) จัดทำแผน Advance Care Planning (ACP) ทำการอภิปรายร่วมกันเพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทบทวนและปรับปรุงตามความต้องการและสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และ ช่วยในการจัดทำเอกสาร ACP ที่ระบุความปรารถนาในการดูแลในระยะ End of life (EOL) รวมถึงการรักษาแบบประคับประคองและการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยชีวิต |
| ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังจากการเข้ารับการรักษา | - ไข้ 38.6<br>*วันที่ 2 หลังจากนอนโรงพยาบาล* สรุปในเวชระเบียนว่าหาสาเหตุไม่ได้ ได้ให้ยาฆ่าเชื้อแบบออกฤทธิ์กว้างครอบคลุม การเพาะเชื้อในเลือดไม่ขึ้นเชื้อ | - ภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังเดิม ทำการรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอและติดตามปริมาณสารน้ำเข้าออกให้เหมาะสม | วิเคราะห์สาเหตุและทำความเข้าใจการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกรณีที่ 1 นั้นพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนตามระยะของโรค ดังนี้<br>**1. ไข้ (day 2)** ภาวะแทรกซ้อนไข้พบได้บ่อย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ส่วนหนึ่งไม่สามารถหา |

**ตารางที่ 2** วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

| ทฤษฎี | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) | บทวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| | - หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Supraventricular tachycardia<br>*วันที่ 3 หลังจากนอนโรงพยาบาล*<br>ได้รับยา Amiodarone 150 mg IV drip in 30 mins/ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง และ monitor EKG<br>- ซึมลง E1V2M5<br>*วันที่ 5 หลังจากนอนโรงพยาบาล*<br>CT Brain: ซ้ำพบ Hyperdense lesion at right MCA and ACA territory, Brain edema. Midline shift and hemorrhagic transformation<br>ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและการผ่าตัด | - ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ทำการติดตามสีของปัสสาวะอย่างใกล้ชิด และปรับระดับยา Warfarin ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม | สาเหตุการติดเชื้อได้ประมาณร้อยละ 14.8 เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของสมองโดยตรง (Wästfelt, Cao & Ström, 2018) การมีไข้สอดคล้องกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และขนาดของการขาดเลือดสามารถเกิดได้ภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังการขาดเลือด (De Jonge, Wallet & Van der Worp, 2019) ซึ่งรายนี้เกิดในระยะประมาณ 1 วัน จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าการมีไข้พบได้บ่อย นอกจากนี้ การมีไข้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบนั้นยังเป็นตัวทำนายถึงโอกาสการเสียชีวิตที่มากกว่า (De Jonge et al., 2019) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเดิมในประเทศไทยบอกถึงการพบการติดเชื้อในปอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยที่ทำให้เกิดไข้ในผู้ป่วยโรคนี้ (Wästfelt et al., 2018) ทำให้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อที่ออกฤทธิ์กว้าง Ceftazidime 2 grams IV ทุก 8 ชั่วโมง<br>**2. หัวใจเต้นผิดจังหวะ (day3)** ผลจากการติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่องนั้นทำให้พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้รวดเร็ว และให้ยาควบคุมจังหวะด้วย Amiodarone ได้ทันเวลา ป้องกันการเสียชีวิตด้วยหัวใจเต้นผิดจังหวะในผู้ป่วยรายนี้ได้ ภาวะ Supraventicular Tachycardia (SVT) นี้จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า |

**ตารางที่ 2** วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

| ทฤษฎี | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) | บทวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| | | | เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ที่มีพยาธิสภาพอยู่ที่สมองข้างขวาเป็นหลัก โดยเฉพาะบริเวณแขนงของ MCA ที่มีส่วนเข้าไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ควบคุมเครือข่ายอัตโนมัติที่เป็นศูนย์กลางในการควบคุมการทำงานของระบบประสาทหัวใจและหลอดเลือด (Battaglini et al., 2020) (Akkad et al., 2016)<br>**3. ซึมลง** หรือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง (day5) ในรายนี้มี GCS ต่ำจาก 14 เหลือ 8 เป็นผลจากภาวะสมองบวมและมีการเปลี่ยนเป็นเลือดออกบริเวณสมองทำให้มีการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะคล้ายกับการการศึกษาก่อนหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีรอยโรคที่ MCA ด้านขวาเหมือนกัน (วารุณี เข็มลา, 2566) ในกรณีนี้ควรมีการผ่าตัดระบายลดความดันเพื่อลดโอกาสการกดทับของเนื้อสมองที่ก้านสมองที่จะส่งผลถึงการควบคุมการหายใจ และจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้สามารถประคองการหายใจได้ การตัดสินใจทำ ACP โดยใช้ Synergy model ทำให้ตัดสินใจร่วมกันว่า ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ปั๊มหัวใจและไม่ผ่าตัดสมอง โดยยังยืนยันให้การรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ ซึ่งในรายนี้เกิดขึ้นในวันที่ 5 ซึ่งเป็นวันที่เนื้อสมองบวมมากที่สุดจากผลการศึกษาก่อนหน้า (Thorén et al., 2017; Dostovic et al., 2016) การประคับประคองด้วยการดูแลทางเดินหายใจ ให้ออกซิเจน และควบคุมความดันที่ดีนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้สามารถมีความรู้สึกตัวเพิ่มขึ้นกลับมาได้ใน 2 วัน |

**ตารางที่ 2** วิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ต่อ)

| ทฤษฎี | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) | บทวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| การประเมินด้านกายภาพและการกลืนก่อนกลับบ้าน | ผู้ป่วยตื่น มีภาวะสับสน ตอนสนองช้า ทำตามสั่งได้บ้างระดับการตื่นยังน้อยกว่า 15 นาทีต่อครั้ง มีภาวะกลืนลำบาก แต่สามารถกลืนอาหารหนืดข้นได้โดยไม่สำลัก ยังไม่ให้กินอาหารทางปากเนื่องจากเสี่ยงสำลัก | ผู้ป่วยตื่น มีภาวะสับสน ตอนสนองช้า ทำตามสั่งได้บ้างสามารถนั่งได้ไม่เกิน 5 นาที ยังทรงตัวได้ไม่ดี กลืนของเหลวลำบาก | ทั้งสองกรณียังมีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ สามารถสื่อสารทำตามสั่งพอได้ มีข้อจำกัดในการทำ Active exercise ให้เน้นการทำ Passive exercise โดยนักกายภาพบำบัดและผู้ดูแล โดยควรมีการวางแผนและประเมินว่ามีการทำได้อย่างถูกต้อง ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของญาติโดยต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเสมอ |
| ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐานแบบ Barthel index | Barthel ADL index 3 คะแนน สามารถกลั้นการขับถ่ายได้แต่กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่าวันละครั้ง) Barthel ADL index 4 คะแนน ก่อนกลับบ้านจากโรงพยาบาลฮอด | Barthel ADL index 1 คะแนน สามารถลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ได้ แต่ต้องการคนช่วยอย่างมากจึงนั่งได้ (Transfer: 1 คะแนน) | ทั้งสองกรณีจัดเป็นกลุ่มติดเตียง ผู้มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีการให้ความช่วยเหลือโดยผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด |

การวิเคราะห์โอกาสการเสียชีวิตเกิดขึ้นได้มากกว่าในผู้ป่วยกรณีที่ 1 เนื่องจากปัจจัยกำหนดหลัก 3 อย่าง ได้แก่ 1) การอุดตันโดยสมบูรณ์ที่ตำแหน่ง MCA สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ระบุว่าการอุดของหลอดเลือดสมอง MCA มีโอกาสเสียชีวิตได้สูงและการทำนายโรคไม่ดี เป็นตำแหน่งที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 78 ในโรงพยาบาลจากการศึกษาในประเทศไต้หวัน (Ong et al., 2016) 2) การขาดเลือดเป็นวงกว้างมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันได้มากในระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะโอกาสการมีความดันกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีตำแหน่งของการอุดตันพร้อมกันทั้ง MCA และ ACA สอดคล้องกับคะแนน NIHSS ที่สูงพบการพยากรณ์โรคที่แย่กว่าในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอุดตัน MCA เหมือนกัน (Ong et al., 2016; Chen et al., 2019) และ 3) การกลับเป็นโรคซ้ำ ในรายนี้เกิดซ้ำครั้งที่ 3 จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าการเป็นซ้ำมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าการเกิดครั้งแรกอย่างน้อย 7 เท่า (Aarnio et al., 2014) นอกจากนี้ปัจจัยโรคประจำตัวเดิมที่เป็นโรคภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่ควบคุมระดับการแข็งตัวของเลือดได้ไม่ดีนั้น โรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้สูงเช่นกัน (Ong et al., 2016) และยังมีภาวะไข้ ที่ใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคไม่ดีอีกด้วย (De Jonge et al., 2019) สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามพยาธิสภาพของโรค ตามลำดับเวลาก็สามารถอธิบายได้ตามตำแหน่งของพยาธิสภาพ (ตารางที่ 2) ได้แก่ มีไข้ในวันที่ 2 จากหลอดเลือดสมองตีบรุนแรง เพราะการตายของเนื้อเยื่อมากๆ ทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นได้ ไม่ได้

เกิดจากการติดเชื้ออื่นๆ (De Jonge et al., 2019) เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะในวันที่ 3 หลังมีอาการ เพราะรอยโรคอยู่ที่สมองฝั่งขวาที่เป็นตำแหน่งหลักของการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Battaglini et al., 2020) และการซึมลงในวันที่ 5 หลังมีอาการจากภาวะสมองบวมและเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ

เมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤตได้แล้วนั้น การเตรียมตัวผู้ป่วยและญาติ และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสารนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้และญาติมีความรู้ในการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างถูกต้องและครอบคลุม การพยาบาลระยะกลางจะทำได้เมื่อพยาบาลผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว มีเทคนิคการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เสาะหาผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับการทำ ACP ในทั้งสองกรณีเพราะมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีก พร้อมให้ความรู้ในการลดปัจจัยการเกิดโรคเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำต่อไป เพื่อการเชื่อมต่อไปสู่การดูแลระยะกลาง โดยสหวิชาชีพอย่างราบรื่น ได้ใช้เครื่องมือประเมินสภาวะผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ เครื่องมือประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐานแบบ Barthel index (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวมด้วยหลักการ DOMETHODS ตัวย่อมาจาก D: Diagnosis; O: Objectives; M: Medications; E: Environment; T: Treatment; H: Health Education; O: Outpatient Care; D: Diet และ S: Support Systems มาเป็นเครื่องมือหลักในการวิเคราะห์บทบาทแบบองค์รวม (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** การวางแผนการจำหน่าย และบทบาทการดูแลต่อเนื่องระยะกลางของสหวิชาชีพตามหลักการ DOMETHODS

| หลักการ DOMETHODS | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) |
|---|---|---|
| **D: Diagnosis** การระบุและยืนยันการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยอย่างชัดเจน | ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ ตำแหน่งที่เกิดโรค การพยากรณ์โรคที่มีโอกาสเสียชีวิตได้สูงมาก และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้โดยเฉพาะหากไม่ควบคุมปัจจัยการเกิดโรค | ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ ตำแหน่งที่เกิดโรค การพยากรณ์โรคที่มีโอกาสเสียชีวิตได้สูง และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้โดยเฉพาะหากไม่ควบคุมปัจจัยการเกิดโรค |
| **O: Objectives** การกำหนดเป้าหมายการรักษาและการดูแลในระยะกลางและระยะยาว | - Best supportive care เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ฝึกการเคลื่อนที่ข้างเตียง การนั่ง ฝึกการกลืนอย่างต่อเนื่อง และการหยิบของด้วยมือขวา เพื่อให้กล้ามเนื้อมีแรงมากขึ้น ช่วยเหลือจนเองได้มากที่สุด | - Best supportive care: เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและป้องกันภาวะแทรกซ้อน |

**ตารางที่ 3** การวางแผนการจำหน่าย และบทบาทการดูแลต่อเนื่องระยะกลางของสหวิชาชีพตามหลักการ DOMETHODS (ต่อ)

| หลักการ DOMETHODS | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) |
|---|---|---|
| | - Palliative care การดูแลช่วงปลายชีวิต ไม่มีการใช้ท่อช่วยหายใจ ไม่มีการทำการกดกระตุ้นหัวใจช่วยชีวิต และ รับประทานยาเต็มรูปแบบ วางแผนถึงสถานที่เสียชีวิตและความต้องการ<br>- การดูแลระยะยาว เพราะมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ไม่สมบูรณ์ เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วหลายครั้ง และมีโอกาสสมองเสื่อม | - การดูแลระยะยาว เพราะผู้ป่วยมีอายุมาก และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ไม่สมบูรณ์ เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วหลายครั้ง และมีโอกาสสมองเสื่อม |
| **M: Medications**<br>การจัดการเรื่องยาของผู้ป่วย | - ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของยา ฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงของยาแก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะการใช้ยา Warfarin และการบริหารยาที่ถูกต้อง รวมถึงชนิดของยาที่เพิ่มหรือลดประสิทธิภาพของ Warfarin ซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงของการมีเลือดออกหรือทำให้เลือดแข็งตัวมากขึ้น ห้ามซื้อยากินเอง | |
| **E: Environment**<br>การประเมินและปรับปรุงสภาพแวดล้อมของบ้าน | - จัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยและสะดวกสบาย โดยเน้นหลัก<br>1) การเข้าถึงและการเคลื่อนที่ เช่นทางเข้าออกและพื้นที่สะดวกสำหรับรถเข็นหรือไม่<br>2) ความปลอดภัย ตรวจสอบว่าพื้นไม่ลื่น และไม่มีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้ผู้ป่วยล้ม มีการติดตั้งราวจับในตำแหน่งที่ช่วยในการประคองตัวของผู้ป่วย<br>3) การใช้งานง่าย อุปกรณ์และสิ่งของที่จำเป็นควรอยู่ในที่ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยไม่ต้องยืด | |
| **T: Treatment**<br>การวางแผนการรักษาต่อเนื่อง | 1) การฟื้นฟูศักยภาพทางกาย: ฟื้นฟูสภาพร่ายกายโดยการฝึกการเคลื่อนที่ข้างเตียงและการนั่ง ฝึกการกลืนอย่างต่อเนื่อง และการหยิบของด้วยมือขวา การพลิกตัวป้องกันแผลกดทับ พัฒนาและส่งเสริมทักษะการสื่อสารของผู้ป่วย สอนวิธีการฝึกกล้ามเนื้อเพื่อช่วยการพูด<br>2) การดูแลสุขภาวะทางใจ ทั้งของผู้ป่วยและญาติ: เนื่องจากมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลได้บ่อย กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ปลุกให้ลุกนั่ง พูดคุยเพื่อป้องกันปัญหาทางจิตใจ ความเหงา และการขาดการทำกิจกรรมในสังคม กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุย หรือสื่อสารกับญาติบ่อยๆ ให้เวลากับผู้ป่วยในการสื่อสารและสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการสื่อสาร และประเมินทักษะการสื่อสารของครอบครัวและผู้ดูแลให้สื่อสารที่กับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ<br>3) ป้องกับไม่ให้เกิดโรคซ้ำ เช่น ควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ เลือกอาหารการกินที่เหมาะสม กำกับติดตามควบคุมการทานยา Warfarin และยาอื่นๆอย่างถูกต้อง | |

**ตารางที่ 3** การวางแผนการจำหน่าย และบทบาทการดูแลต่อเนื่องระยะกลางของสหวิชาชีพตามหลักการ DOMETHODS (ต่อ)

| หลักการ DOMETHODS | กรณีศึกษารายที่ 1 (หญิง 65 ปี) | กรณีศึกษารายที่ 2 (หญิง 82 ปี) |
|---|---|---|
| **H: Health Education** การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ | - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ดูแล<br>- ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และช่องทางในการเข้าถึงบริการ | |
| **O: Outpatient Care** การวางแผนการดูแลแบบผู้ป่วยนอก | ส่งต่อ รพ.ฮอด ในการเตรียมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการนอนในโรงพยาบาล 2 วัน หลังจากนั้นทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลฮอด<br>1) ประเมิน Barthel ADL index ทุก 1-2 เดือน และการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องใช้ระบบการดูแลระยะยาวร่วมกับทรัพยากรในชุมชนและระบบบริการสุขภาพ<br>2) ควรมีการเจาะเลือดติดตามค่า INR อย่างสม่ำเสมอโดยมีค่าเป้าหมายระหว่าง 2.0 ถึง 3.0 | การเยี่ยมบ้านในชุมชน ร่วมกับ PCC (Primary care team) หลังจำหน่าย 3 วัน และติดตามฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD based program) ที่โรงพยาบาลจอมทอง<br>1) ประเมิน Barthel ADL index ทุก 1-2 เดือน และการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องใช้ระบบการดูแลระยะยาวร่วมกับทรัพยากรในชุมชนและระบบบริการสุขภาพ<br>2) ควรมีการเจาะเลือดติดตามค่า INR อย่างสม่ำเสมอโดยมีค่าเป้าหมายระหว่าง 2.0 ถึง 3.0 |
| **D: Diet** การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการและการรับประทานอาหาร | - เตรียมการให้อาหารผู้ป่วยทางสายยาง สอนการเตรียมอาหารปั่นผสม และการทดสอบความเข้าใจของผู้ดูแลในการให้อาหารทางสายยาง<br>- ให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม การป้องกันการสำลักอาหาร<br>- หลีกเลี่ยงประเภทอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีเกลือสูง เป็นต้น | |
| **S: Support Systems** การจัดหาการสนับสนุนและทรัพยากรที่จำเป็น | - สนับสนุนการใช้เครื่องมือพิเศษในการสื่อสาร เช่น การใช้สื่อแผ่นภาพสื่อสาร การใช้บัตรคำ (จับรูปภาพให้ดู) การใช้ภาษาท่าทางและภาษามือ เป็นต้น<br>- เตรียมเตียงผู้ป่วยและที่นอนลมที่บ้าน เพื่อลดโอกาสการเกิดแผลกดทับ<br>- วางแผนดูแลผู้ป่วยประจำวันร่วมกับสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ดูแลและความต้องการของผู้ป่วย<br>- วางระบบการสื่อสารส่งต่อ ข้อมูล อาการ ผลการดูแลเบื้องต้นอย่างเป็นระบบระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย | |

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วเข้าสู่การดูแลระยะกลาง พบผลลัพธ์ของการรักษาแตกต่างกันโดยกรณีศึกษารายที่ 1 หลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ (1 กุมภาพันธ์ 2567) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านโดยทีม IMC ร่วมกับนักกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (E4V5M6) ถามตอบรู้เรื่องตอบช้าๆ มีอ่อนแรงแขนขาซีกซ้าย (Motor power grade 0) Barthel ADL index เท่ากับ 5 (เพิ่มขึ้น 1 คะแนน) ผู้ป่วยดึงสายยางให้อาหารออกเองไม่ได้ใส่กลับเข้าไปใหม่ยังสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ประมาณ 1 ถ้วยต่อมื้อ มีสำลักเล็กน้อย ดื่มน้ำได้ นอนหลับพักได้ไม่มีสับสน ทรงตัวปรับเตียงให้มีการพิงได้ ยังเดินไม่ได้ เป้าหมายทางการฟื้นฟู คือ ให้คงความสามารถในการเคลื่อนไหว ป้องกันไหล่ติด ให้คำแนะนำในการกระตุ้นกล้ามเนื้อ กระตุ้นการกลืน การจัดท่าที่ถูกต้องในการป้อนอาหาร และคำแนะนำด้านโภชนาการเยี่ยมบ้านประเมินในอีก 2 สัปดาห์พบว่า ADL ไม่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยเสียชีวิต 3 มีนาคม 2567 ที่บ้าน การเสียชีวิตที่บ้านไม่มีการระบุทราบแน่ชัดถึงสาเหตุของการเสียชีวิต มีโอกาสเกิดจากการสำลักและภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก จากการที่ไม่สามารถดูแลให้ทานอาหารที่เหมาะสมตามความสามารถในการกลืน ทั้งนี้การวางแผนร่วมกับญาติในการตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกันตั้งแต่ก่อนจำหน่าย มีการสื่อสารทำความเข้าใจโรคตั้งแต่ต้น ส่งผลให้มีการเตรียมการตัดสินใจอย่างราบรื่นเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบพร้อมครอบครัว ในขณะที่ในกรณีศึกษารายที่ 2 ติดตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และส่งทำกายภาพบำบัดหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ โรงพยาบาล (24 ตุลาคม 2566) ติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดพบว่ามีระดับเหมาะสม (INR 2.79) และการเยี่ยมบ้านโดยทีม IMC ร่วมกับนักกายภาพบำบัด บันทึกว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (E4V5M6) ไม่อ่อนแรง ถามตอบรู้เรื่อง แม้ต้องใช้เสียงดังในการสื่อสาร ช่วยเหลือตนเองได้มาก ทานอาหารอ่อนได้ดี กลั้นปัสสาวะเองได้ ไม่มีแนวโน้มซึมเศร้า (ประเมินคัดกรอง 2Q ไม่ผิดปกติ) ประเมิน ADL เท่ากับ 16 (เพิ่มขึ้น 15 คะแนน) หลังจากนั้นมีการติดตามนัดที่โรงพยาบาลทุก 1 เดือน ประเมิน ADL ได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 18 ลูกชายและลูกสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลักและดูแลเรื่องการรับประทานยา ดังนั้น การดูแลโดยมีการวางแผนตั้งแต่ระยะแรกอย่างใกล้ชิด อย่างเป็นองค์รวมของสหวิชาชีพ ช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และจากการวางแผนต่อเนื่องรวมทั้งการดูแลระยะกลางเข้ามามีส่วนสำคัญทำให้เกิดการพัฒนาฟื้นฟูศักยภาพด้านสมองและกล้ามเนื้อได้ประสิทธิผลดีเห็นได้ชัดในกรณีที่ 2 ที่มีการเพิ่มขึ้นของระดับ ADL อย่างเห็นได้ชัดภายใน 2 สัปดาห์แรกและการที่อาการดีขึ้นในช่วงแรกของกรณีที่ 1 แม้จะเสียชีวิตภายหลัง

**บทสรุป**

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ความสำเร็จของการรักษาและการพยาบาลระยะวิกฤตมักขึ้นอยู่กับความสามารถในการฟื้นฟูการไหลเวียน การที่จะสามารถทำให้เกิดความสำเร็จของการรักษาได้นั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้โรคนี้อย่างรอบด้านเพื่อจัดการเกี่ยวกับการดูแลโรคสมองขาดเลือดอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุการเกิดโรคในแต่ละบุคคลที่มีความจำเพาะเจาะจง แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกรณีจะเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เหมือนกัน ก็สามารถเกิดจากสาเหตุที่ต่างกันได้ โดยการที่จะทราบความต่างของสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดตันในแต่ละคนได้นั้นต้องดูจากภาวะสุขภาพ

ของผู้ป่วยขณะนั้นๆ ความสามารถในการแข็งตัวของเลือด ความสามารถในการเกิดลิ่มเลือดในหัวใจที่จะทำให้มีโอกาสให้เกิดการหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หรือเกิดจากความเสี่ยงจากการที่หลอดเลือดแข็งจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดในระดับที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ซึ่งตำแหน่งของพยาธิสภาพ จำนวนการอุดตัน และอาการแรกรับจะเป็นตัวช่วยในการหาข้อสรุปด้านการวางแผนการรักษาและการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้โอกาสการเสียชีวิตและพิการขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ได้รับผลกระทบจากการอุดตัน โดยเฉพาะตำแหน่ง MCA ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย ความดันในกะโหลกศีรษะจากการบวมของเนื้อสมองจากกลไกตอบสนองต่อการบาดเจ็บ ดังนั้นสิ่งเหล่านี้บ่งชี้ถึงการรักษา การวินิจฉัยทางการพยาบาล และจุดเน้นของการกำกับติดตามภาวะแทรกซ้อน การพิจารณาระยะของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทำให้สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลล่วงหน้าเพื่อลดความกังวล ไม่สบายใจ และเพื่อให้เกิดการเตรียมการณ์ล่วงหน้า นอกจากนี้สำหรับการพยากรณ์โรคนั้น พบว่าแย่กว่าและโอกาสเสียชีวิตมากกว่า ในผู้ป่วยที่กลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ขนาดของเนื้อที่การขาดเลือดกว้าง มีไข้ และภาวะแทรกซ้อนมากในระยะเฉียบพลัน การวางแผนการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นจำเป็นต้องเริ่มให้เร็วที่สุดตามความเหมาสมของแต่ละกรณี แม้ว่าก่อนจำหน่ายนั้นผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ ยังมีความหวังในการฟื้นตัวของอาการทางระบบประสาทอย่างมีนัยสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การวางแผนการจำหน่ายแบบองค์รวมโดยประยุกต์จาก DOMETHODS ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับผู้ดูแล ตั้งแต่ความเข้าใจการวินิจฉัยโดยละเอียด ทราบถึงพยากรณ์โรคและตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกัน จนถึงพิจารณาไปถึงระบบสนับสนุนที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการทำงานสหวิชาชีพเชื่อมโยงไปชุมชนใกล้บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และแม้จะเสียชีวิต แต่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความสุขสมบูรณ์ ดังนั้นการเปรียบเทียบกรณีศึกษานี้ ทำให้เห็นความสำคัญของบทบาทพยาบาล ทักษะจำเป็น ความสามารถในการวางแผนรายบุคคล การเริ่ม ACP ให้เร็วที่สุดตามความเหมาะสม ความสำคัญการใช้เครื่องมือ DOMETHODS การต่อเนื่องของการรักษา และระบบสนับสนุนในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดได้ดี

**ข้อเสนอแนะ**

1. นโยบายของผู้บริหารควรมีการสอดรับและสนับสนุนกับแนวทางการพัฒนางานของบุคลากรเรื่องศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในจังหวัดและพื้นที่ข้างเคียง และจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนเป้าหมาย Service plan

2. ควรมีการจัดฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความรู้และความสามารถของบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง รวมถึงการอัพเดทข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้พยาบาลมีความสามารถในการวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และเป็นองค์รวม

3. ควรจัดทำแนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายเพื่อการพัฒนาและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านทั้งในแง่ของการรักษาทางการแพทย์ การดูแลทางจิตใจ การฟื้นฟูสภาพ และการให้คำปรึกษาแก่ญาติ ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และวิถีชีวิต

4. ควรมีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพและเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการบริการ เช่น การใช้แอปพลิเคชั่นมือถือในการติดตามสุขภาพและการฟื้นฟู หรือการใช้เทคโนโลยี Virtual reality เพื่อช่วยในการฝึกการเคลื่อนไหว การเยี่ยมบ้านหรือติดตามอาการผ่านการสื่อสารระยะไกล Telemedicine เพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง


กนกวรรณ ช้างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์, และจินตนา อาจสันเที๊ยะ. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิด M-E-T-H-O-D ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ*, *12*(2). 230-239 https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/182436/167433

กรมควบคุมโรค. (2565). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน.* กรมควบคุมโรค. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284&deptcode=

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index)*. http://203.157.185.18/download/hosxp/HOSxP&HOSxP_PCU/เอกสาร ประกอบ/แบบฟอร์ม ADL/แบบประเมินคัดกรอง Bathel ADL.pdf

กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ* (Vol. 1). https://bit.ly/2H5fO1N

พีรดา สมพันธ์. (2567). *ประสิทธิผลโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลโซ่พิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (Vol. 0)*. https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240221145146.pdf

วารุณี เข็มลา. (2566). การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, *8*(3), 136–146. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/267694/179443

วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันภายนอกโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ปี พ.ศ.2563*. https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000167/2563/km/260563.pdf

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566, 16 ธันวาคม). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. Journal of Neurology, 39(2), 39-46. Google. http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/06%20 Original%20 Somsak%20Ubatkarn.pdf

Aarnio, K., Haapaniemi, E., Melkas, S., Kaste, M., Tatlisumak, T., & Putaala, J. (2014). Long-term mortality after first-ever and recurrent stroke in young adults. *Stroke*, *45*(9), 2670–2676. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.005648

Akkad, I., Kundu, S., Miller, A., Ramachandran, J., & Shetty, V. (2016). Acute stroke of the insular cortex leading to heart failure. *Journal of Medical Cases*, *7*(3), 94-97. https://doi.org/10.14740/jmc2426w

American Association of Critical-Care Nurses. (2017). AACN synergy model for patient care. American Association of Critical-Care Nurses. https://www.aacn.org/nursing-excellence/aacn-standards/synergy-model

Battaglini, D., Robba, C., Lopes da Silva, A., dos Santos Samary, C., Leme Silva, P., Dal Pizzol, F., Pelosi, P., & Rocco, P. R. M. (2020). Brain–heart interaction after acute ischemic stroke. *Critical Care*, *24*(1), 163. https://doi.org/10.1186/s13054-020-02885-8

Chen, B., Sun, Y., Wei, Z., & Zhang, Y. (2019). Long-term prognosis of patients with stroke associated with middle cerebral artery occlusion. Single-centre registration study. *Archives of Medical Science*, *18*(5), 1199-1207. https://doi.org/10.5114/aoms.2019.87129

De Jonge, J. C., Wallet, J., & van der Worp, H. B. (2019). Fever worsens outcomes in animal models of ischaemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *European Stroke Journal*, *4*(1), 29-38. https://doi.org/10.1177/2396987318776421

Dostovic, Z., Dostovic, E., Smajlovic, D., & Avdic, O. (2016). Brain edema after ischaemic stroke. *Medical Archives*, *70*(5), 339-341. https://doi.org/10.5455/medarh.2016.70.339-341

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, *17*(1), 18–29. https://doi.org/10.1177/17474930211065917

Mechtouff, L., Rascle, L., Crespy, V., Canet-Soulas, E., Nighoghossian, N., & Millon, A. (2021). A narrative review of the pathophysiology of ischemic stroke in carotid plaques: a distinction versus a compromise between hemodynamic and embolic mechanism. *Annals of Translational Medicine*, *9*(14), 1208–1208. https://doi.org/10.21037/atm-20-7490

Moraes, M. de A., Jesus, P. A. P. de, Muniz, L. S., Costa, G. A., Pereira, L. V., Nascimento, L. M., Teles, C. A. de S., Baccin, C. A., & Mussi, F. C. (2023). Ischemic stroke mortality and time for hospital arrival: analysis of the first 90 days. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, *57*, *1-23.* https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0309en

Ong, C.-T., Sung, S.-F., Wong, Y.-S., Wu, C.-S., Hsu, Y.-C., Su, Y.-H., Li, C.-H., & Hung, L.-C. (2016). Risk factors for in-hospital mortality among ischemic stroke patients in Southern Taiwan. *International Journal of Gerontology*, *10*(2), 86-90. https://doi.org/10.1016/j.ijge.2014.06.013

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke. *Stroke, 50*(12), 3331–3339. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211

Suwanwela, N. C. (2014). Stroke Epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*, *16*(1), 1. https://doi.org/10.5853/jos.2014.16.1.1

Thorén, M., Azevedo, E., Dawson, J., Egido, J. A., Falcou, A., Ford, G. A., Holmin, S., Mikulik, R., Ollikainen, J., Wahlgren, N., & Ahmed, N. (2017). Predictors for cerebral edema in acute ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis. *Stroke*, *48*(9), 2464–2471. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018223

Wästfelt, M., Cao, Y., & Ström, J. O. (2018). Predictors of post-stroke fever and infections: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurology*, *18*(1), 49. https://doi.org/10.1186/s12883-018-1046-z

Zhang, R., Wang, Y., Fang, J., Yu, M., Wang, Y., & Liu, G. (2020). Worldwide 1-month case fatality of ischaemic stroke and the temporal trend. *Stroke and Vascular Neurology*, *5*(4), 353-360. https://doi.org/10.1136/svn-2020-000371

# คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ
# วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

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

**ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์**

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล

**การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ**

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

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

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

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

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

**3. ชื่อผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ (Authors)** ให้ใส่ชื่อครบทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ขนาด “**13 pt.**” ใส่เครื่องหมาย * ต่อท้าย **สำหรับ Footnote** 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 250-350 คำ โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามหัวข้อดังนี้ ดังตัวอย่าง

4.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย (Purpose)

4.1.2 รูปแบบการวิจัย (Design)

4.1.3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

4.1.4 ผลการวิจัย (Main findings)

4.1.5 สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations)

4.1.6 คำสำคัญ (Keywords)

**4.2 บทคัดย่อของบทความวิชาการ** ความยาวไม่เกิน 250-300 คำ ทั้งบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทย

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

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

**7. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา** จะต้องมีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก 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 การพัฒนาครื่องมือการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.9.1 ค่าเฉลี่ย ใช้สัญลักษณ์ตัวอักษร M เป็นตัวปกติ “M”

8.1.9.2 ค่าเบียงเบนมาตรฐาน ใช้สัญลักษณ์ตัวอักษร SD เป็นตัวปกติ “SD”

8.1.9.3 ค่าสถิติพื้นฐานอื่น ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตารางที่ 1-2

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองในนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=76)

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

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

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

8.1.14 การเขียนเอกสารอ้างอิง (ใช้ระบบนาม, ปี) ใส่เฉพาะรายการที่มีการอ้างถึงในบทความและกรุณาตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล ปี พ.ศ. ให้ตรงกันทุกแห่งที่อ้างอิง เช่น (ทิพวัลย์ ธีรสิริโรจน์, 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. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ** ให้ใช้รูปแบบการอ้างอิงแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 จำนวนไม่เกิน 20 รายการ โดยไม่ควรอ้างอิงเอกสารเกิน 10 ปี และไม่ควรอ้างอิงแหล่งเว็บไซต์มาก ทั้งบทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ และบทความวิชาการ

**10. การส่งบทความและการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์**

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

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

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

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

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

**การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ**

โดยจะเริ่มใช้กับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 เป็นต้น

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

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

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

งวดที่สอง ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จำนวน 1,000 บาท (ชำระเมื่อบทความได้รับตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารได้)

**กระบวนการพิจารณาบทความและประเมินบทความ**

การพิจารณาบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ในระบบ ThaiJO บรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารดำเนินการพิจารณาตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้เขียนส่งบทความในระบบ ThaiJO พร้อมชำระเงิน 2,500 บาท เพื่อเป็นค่าพิจารณาบทความ

2. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการจะพิจารณาตรวจคุณภาพเบื้องต้นและความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ประเด็นทางจริยธรรมและเอกสารอ้างอิง ให้บทความมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยผู้เขียนต้องปรับแก้ไขให้ถูกต้องและส่งคืนภายในระยะเวลากำหนดอีกครั้ง เป็นไฟล์ต้นฉบับที่ถูกต้อง กองบรรณาธิการจึงจะถือว่าได้รับบทความและระบุวันที่รับบทความ (Received) ให้ ซึ่งจะไม่นับวันที่ส่งบทความในระบบ ThaiJO ครั้งแรก (Submission)

3. กองบรรณาธิการส่งบทความไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) พิจารณาและประเมินคุณภาพบทความ 3 ท่าน ต่อ 1 บทความ โดยดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) คือไม่เปิดเผยชื่อของผู้เขียน และผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบ

4. การรับบทความตีพิมพ์จากผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ(Peer reviewer) วารสารกำหนดรับบทความตีพิมพ์จากผลการพิจารณาประเมินคุณภาพบทความของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

4.1 กรณีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นต่างกัน หากผลการประเมินตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิรับตีพิมพ์ 2 ใน 3 ท่าน วารสารจะรับตีพิมพ์ และประสานส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามกระบวนการต่อไป

4.2 กรณีผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธบทความ 2 ใน 3 ท่าน วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความ หมายถึง วารสารจะปฏิเสธตีพิมพ์ (Rejected) บทความนั้น โดยจะแจ้งผู้เขียนรับทราบผลประเมินอย่างเป็นทางการผ่านระบบ ThaiJO ซึ่งจะไม่คืนเงินที่ชำระมาแล้ว และผู้เขียนไม่ต้องชำระเงินงวดที่สองถือว่าสิ้นสุดกระบวนการพิจารณาบทความ

4.3 กรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิขอพิจารณาซ้ำ จะประสานส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขอย่างละเอียดโดยแจ้งให้ทราบว่าบทความต้องประเมินซ้ำโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรอบที่ 2 หากผู้เขียนไม่แก้ไขตามข้อเสนอแนะครั้งแรกหรือ แก้ไขไม่ครบถ้วนหากผลพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิไม่รับตีพิมพ์ บรรณาธิการจะพิจารณาผลประเมินตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและตอบปฏิเสธการตีพิมพ์ (Rejected) บทความนั้น เช่นเดียวกับข้อ 4.2)

5. กรณีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาซ้ำแล้วให้ตีพิมพ์ได้ โดยให้ปรับแก้ไขเพิ่มเติม วารสารจะดำเนินการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามกระบวนการต่อไป

6. บทความที่วารสารรับตีพิมพ์ ผู้เขียนต้องปรับแก้ไขอย่างละเอียดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และ ส่งไฟล์ที่ปรับแก้ไข พร้อมไฟล์ชี้แจงการแก้ไขบทความตามแบบฟอร์ม และส่งคืนในระยะเวลากำหนด พร้อมจ่าย ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เผยแพร่บทความงวดที่สอง 1,000 บาท เพื่อเป็นค่าตีพิมพ์เผยแพร่บทความ

7. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบการแก้ไขบทความภายหลังที่ผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง โดยผู้เขียนต้องแก้ไขให้ถูกต้องและส่งคืนภายในระยะเวลากำหนด วารสารจึงออกหนังสือรับรองตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จึงถือว่าสิ้นสุดกระบวนการ

8. กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปเล่มของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการ ประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

9. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการประเมินบทความให้ผู้เขียนทราบผ่านระบบ ThaiJO เท่านั้น ในกรณีที่บทความไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์

10. เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ฝ่ายเดียว

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

12. การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ภายในสถาบันกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

13. บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขพร้อมชี้แจงการปรับแก้ไขในแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยมาที่เมล์วารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

14. บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

15. เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

**11. การพิจารณาและการประเมินบทความ**

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

11.2 ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์

11.3 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ภายในสถาบันกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.4 บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขพร้อมชี้แจงการปรับแก้ไขในแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยมาที่เมล์วารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปเล่มของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.7 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

**สถานที่ติดต่อ**

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

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

## การเขียนอ้างอิง

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

### 1. อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

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

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

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

**2. อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ**

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

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

**3. อ้างอิงจากวารสาร**

| | | |
|---|---|---|
| บทในวารสารแบบรูปแบบเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI | ภาษาไทย | ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่*(เลขของฉบับที่),/ ///////เลขหน้า. |
| | ตัวอย่าง | พยาม การดี และวราภรณ์ บุญเชียง. (2562). การดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวในบริการปฐมภูมิ: ความท้าทายในบทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 33*(3), 146-162. . |
| | ภาษาอังกฤษ | สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่*(เลขของ ////////ฉบับที่), เลขหน้า. |
| | ตัวอย่าง | El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research, 11*(1), 1-12. |

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

**4. อ้างอิงจากหนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์**

| | |
|---|---|
| ภาษาไทย | ชื่อ/สกุล./(ปี,/วัน/เดือน)./ชื่อคอลัมภ์./*ชื่อหนังสือพิมพ์*,/*เลขหน้า*./URL (ถ้ามี) |
| ตัวอย่าง | พงษ์พรรณ บุญเลิศ. (2561, 15 สิงหาคม). เดลินิวส์วาไรตี้: 'สื่อพิพิธภัณฑ์' เชื่อมยุคสมัย เข้าถึงด้วย 'มิติใหม่' อินเทรนด์. *เดลินิวส์*, 4. http://lib.edu.chula.ac.th/fileroom/cu_formclipping/drawer006/data0013/00013005.pdf |
| ภาษาอังกฤษ | สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี,/วัน/เดือน)./ชื่อคอลัมภ์./*ชื่อหนังสือพิมพ์*,/*เลขหน้า*./URL (ถ้ามี) |
| ตัวอย่าง | Brody, J. E. (2007, 11 Dececmber). Mental reserves keep brain agile. *The New York Time*. Htts://www.nytimes.com |

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

**5.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์**

| | |
|---|---|
| ภาษาไทย | ชื่อ/สกุล./(ปีทีเผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์*/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์ ///////หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]./ชื่อมหาวิทยาลัย. |
| ตัวอย่าง | แสงสม เพิ่มพูน. (2556). *การจัดการความรู้ในการสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน. |
| ภาษาอังกฤษ | สกุล,/อักษร่อชื่อ./(ปีทีเผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์*/[Unpublished doctoral dissertation ///////หรือ Unpublished master's thesis]./ชื่อมหาวิทยาลัย. |
| ตัวอย่าง | Jung, M. S. (2014). *A structural equation modelton core competence of nursing students* [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University. |

**5.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)**

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

**5.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์**

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

**6. อ้างอิงจากรายงาน**

**6.1 รายงานที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น**

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

**6.2 รายงานที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น**

| | |
|---|---|
| ภาษาไทย | ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อเรื่อง*./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี) |
| ตัวอย่าง | สุมาลี ตังคณานุรักษ์, อรทัย วิมลโนธ, และ เกรียงไกร นะจร. (2559). *การวิจัยและพัฒนารูปแบบเพื่อการพัฒนาความรับผิดชอบ การควบคุมและความมีวินัยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม*. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. |
| ภาษาอังกฤษ | สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อเรื่อง*./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี) |
| ตัวอย่าง | Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). *A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade.* Vanderbilt University, Peabody Research Institute. |

**7. อ้างอิงจากเอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการที่ไม่มี proceeding (Symposium)**

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

**8. อ้างอิงจากการนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentaion)**

**8.1 การนำเสนองานวิจัย**

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

**8.2 การนำเสนอโปสเตอร์**

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

**9. อ้างอิงจากรายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding)**

**9.1 ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ**

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

**9.2 ในรูปแบบวารสาร**

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

**10. อ้างอิงจากเอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เอกสารประกอบการเรียน)**

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

**11. อ้างอิงจากเว็บไซต์ (Website)**

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

**12. อ้างอิงจากสารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง**

**12.1 สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)**

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

**12.2 สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)**

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

**12.3 อ้างอิงจากราชกิจจานุเบกษา**

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

**การอ้างอิงในเนื้อหา**

| ผู้แต่ง | การอ้างแบบเน้นผู้แต่ง (หน้าข้อความ) | การอ้างแบบเน้นเนื้อหา (ท้ายข้อความ) |
|---|---|---|
| ผู้แต่ง 1 คน | แพรวพรรณ สุวรรณกิต (2562)<br>Launiala (2009) | <u>เขียนอ้างอิงแบบถอดความ</u><br>(แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562)<br>(Launiala, 2009) |
| | แพรวพรรณ สุวรรณกิต (2562)<br>Launiala (2009) | <u>เขียนอ้างอิงแบบเฉพาะข้อความบางหน้า</u><br>(แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562, น. 15)<br>(แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562, ภาคผนวก ก)<br>(แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562, บทที่ 4)<br>(Launiala, 2009, pp. 100-120)<br>(Launiala, 2009, Chapter 4) |
| ผู้แต่ง 2 คน | ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์ (2564)<br>Polit and Beck (2014) | (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์, 2564)<br>(Polit & Beck, 2014) |
| ผู้แต่ง 3 คน | <u>อ้างครั้งแรก</u><br>สำราญ พลเตชา สุนันท์ นกทอง และวัลลภา ช่างเจรจา (2561)<br>Zahara, Dewi and Saptarini (2016)<br><u>อ้างครั้งต่อมา</u><br>สำราญ พลเตชา และคณะ (2561)<br>Zahara et al. (2016) | <u>อ้างครั้งแรก</u><br>(สำราญ พลเตชา สุนันท์ นกทอง และวัลลภา ช่างเจรจา, 2561)<br>(Zahara, Dewi & Saptarini, 2016)<br><u>อ้างครั้งต่อมา</u><br>(สำราญ พลเตชา และคณะ, 2561)<br>(Zahara et al., 2016) |
| ผู้แต่ง 3 คน หรือมากกว่า 3 คน | ไพรสุดา บัวลอย และคณะ (2561)<br>Duggleby et al. (2010) | (ไพรสุดา บัวลอย และคณะ, 2561)<br>(Duggleby et al., 2010) |
| หนังสือที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง | ดอกไม้ในวรรณคดี (2523) | (ดอกไม้ในวรรณคดี, 2523) |
| บทความที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง | “Judo” (2021) | (“Judo”, 2021) |
| ผู้แต่งที่เป็นนามแฝง | ส. ศิวรักษ์ (2532)<br>Dr. Seuss (2001) | (ส. ศิวรักษ์, 2532)<br>(Dr. Seuss, 2001) |
| สถาบัน/หน่วยงานนิติบุคคล | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561 | (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) |

| ผู้แต่ง | การอ้างแบบเน้นผู้แต่ง (หน้าข้อความ) | การอ้างแบบเน้นเนื้อหา (ท้ายข้อความ) |
|---|---|---|
| สถาบัน/หน่วยงาน<br>นิติบุคคลที่มีอักษรย่อ | อ้างครั้งแรก<br>การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท, 2567)<br>National Center for Equitable Care for Elders (NCECE, 2016)<br>World Health Organization (WHO, 2019)<br>อ้างครั้งต่อมา<br>ททท (2567)<br>NCECE (2016)<br>WHO (2019) | อ้างครั้งแรก<br>(การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย [ททท], 2567)<br>(National Center for Equitable Care for Elders [NCECE], 2016)<br>(World Health Organization [WHO], 2019)<br>อ้างครั้งต่อมา<br>(ททท, 2567)<br>(NCECE, 2016)<br>(WHO, 2019) |

**ตัวอย่างบทความวิจัย**

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4*

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

**บทคัดย่อ**

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

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยเชิงพรรณาแบบหาความสัมพันธ์

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

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

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** ผู้บริหารควรจัดสรรสวัสดิการ สิ่งสนับสนุนการทำงาน และจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการทำงานและรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

---

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

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

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

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

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

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

## Abstract

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

**Design:** Descriptive Correlational Research

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

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

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

**Keywords:** Registered nurse, Primary care unit, Job satisfaction

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

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

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

*** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Corresponding author: e-mail: phachongchit.kra@mahidol.edu Tel. 0815548605

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

**ตัวอย่างบทความวิชาการ**

# การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ปาลิดา นราวุฒิพร*

## บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีการวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคติดเชื้อหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยมีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน รวมทั้งมีการดูแลตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของโรงพยาบาลจนผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

**คำสำคัญ** : การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, การติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะแทรกซ้อน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565 หน้า 70-87

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

วันที่รับบทความ: 7 พฤศจิกายน 2565, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 5 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 16 ธันวาคม 2565

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

Palida Narawutthiporn*

## Abstract

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

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

**Keywords:** Central venous catheterization, Bloodstream infection, Complication.

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

* Registered Nurse, Professional Level, Infection prevention and control section, Nakhon Pathom Hospital
Corresponding author, e-mail: palidanara@gmail.com Tel. 095-269-4945

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

www.christian.com

**มหาวิทยาลัยคริสเตียน วิทยาเขตหลักนครปฐม**
144 หมู่ 7 ต. ถนนยายหอม อ. เมืองนครปฐม
จ.นครปฐม 73000
โทรศัพท์ 0-3438-8555, 081-9419995
โทรสาร 0-3427-4500

**มหาวิทยาลัยคริสเตียน ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์**
ชั้น 8-9 อาคารสภาคริสตจักรในประเทศไทย
เลขที่ 328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6 โทรสาร 0-2214-6039