

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand



ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

Vol. 12 No. 1 January-June 2025

ISSN 2985-1629 (Online)

College of Nursing
Christian University of Thailand





วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

Vol. 12 No. 1 January-June 2025 ISSN 2958-1629 (Online)

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา :

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

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ :

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

ฝ่ายจัดการ นางสาวประภัสร์ศิริ สังกระหวัด

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

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

1. สาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ประเภทของบทความ (Types of articles)

บทความวิจัย (Research Article) และบทความวิชาการ (Academic Article)

นโยบายการพิจารณาบทความ (Peer Review Policy)

1. บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการกองบรรณาธิการและผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตรงสาขาหรือเกี่ยวข้องกับสาขาไม่น้อยกว่า 3 ท่าน ซึ่งมาจากหลายสถาบันและไม่อยู่ในสังกัดเดียวกับผู้เขียน 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 และคัดเลือกบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร หลังจากผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร

2. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

3. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ในทุกกรณี
4. รักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยอยู่เสมอ
5. จัดระบบการตรวจสอบการคัดลอกผลงานในบทความอย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับในแวดวงวิชาการ ได้แก่ โปรแกรม “อักขราวิสุทธิ์” และโปรแกรม “Copyscape”

จริยธรรมของผู้เขียน

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

จริยธรรมของผู้ประเมินบทความ

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

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์

บทความวิจัยที่ส่งให้พิจารณาการตีพิมพ์ มีความเกี่ยวข้องการทำวิจัยในมนุษย์และสัตว์ ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากสถาบันที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคนและสัตว์ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และเป็นมาตรฐานจริยธรรมและกฎหมายสากล



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

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ Editor's Message	ฉ
บทความวิจัย	
❖ ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโรงพยาบาลนครปฐม Effects of Development of Clinical Practice Guidelines for Weaning of Mechanical Ventilation among Patients with Brain Injury, Nakhon Pathom Hospital	ปิยวดี ลิ้มหะบำรุง 1-20 Piyawadee Learahabumrung
❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการพยาบาลทวารเทียมและความคงทนของความรู้เรื่องทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี Effects of an Electronic Learning Program on Ostomy Nursing Skills and Retention of Knowledge Among New Graduate Nurses at Ratchaburi Hospital	จำเนียร โภชน์พันธ์ 21-33 Chamnien Photphan
❖ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรมของชนเผ่าพื้นเมืองในภาคเหนือของประเทศไทย Cultural Dietary Habits of Indigenous People in the North of Thailand	ประกาย จิโรจน์กุล 34-50 Pragai Jirojanakul
❖ การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโดยใช้แนวคิดแบบลีน Development of a Model for Admitting Patients According to Appointments to the Hospital in the Outpatient Surgery Department Using Lean Concepts	นิศชาญา วงศ์ภาธร 51-65 Nischaya Wongphathorn
❖ ผลของโปรแกรมป้องกันแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังท่านอนคว่ำ Effects of Facial Pressure Sore Prevention Program for Spine Surgery in Prone Position	นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี 66-80 Nuntawan Supprasertdee



บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการประเมินให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 2 (TCI Tier 2) ของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย รอบที่ 5 พ.ศ. 2568-2572 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2572 ขณะนี้ กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ฯ ได้พัฒนาวารสารอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายคุณภาพ คือ การอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) เพื่อรับการประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI อีกครั้งในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2569 สำหรับวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 นี้ มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลนครปฐม ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการพยาบาลทวารเทียมและความคงทนของความรู้เรื่องทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี พฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรมของชนเผ่าพื้นเมือง ในภาคเหนือของประเทศไทย การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโดยใช้แนวคิดแบบลีน และงานวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมป้องกันแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังทำนอนคว่ำ บทความวิจัยเหล่านี้ 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

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโรงพยาบาลนครปฐม

ปิยะดี ลิ้มพะบำรุง* วรางคณา สายสิทธิ์** ยูพา พิมพ์ดี* ราตรี สุขหงษ์*

นภัทร รัตนหงษา*** อัญชิสา รัตนคุณุประการ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่โรงพยาบาลนครปฐม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยและพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลียร่วมกับทฤษฎีระบบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คนที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้และหลังใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มละ 30 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติและแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย: แนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย 4 หมวดหลัก ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมการหยาเครื่องช่วยหายใจ 2) การพยาบาลระหว่างการหยาเครื่องช่วยหายใจและหลังถอดท่อช่วยหายใจ 3) การประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ และ 4) การบันทึก ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้สูงในการใช้ระดับมากที่สุด ผู้ป่วยกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สรุปและขอเสนอแนะ ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี จึงควรนำไปใช้ต่อเนื่องและประกาศเป็นนโยบายในระดับองค์กรพยาบาล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง, แนวปฏิบัติทางคลินิก, การถอดท่อช่วยหายใจ, การหยาเครื่องช่วยหายใจ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568 หน้า 1-20

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครปฐม

** รองศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Corresponding author, e-mail: warangkana.saisit@gmail.com Tel. 084-6822662

*** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

วันที่รับบทความ: 3 กุมภาพันธ์ 2568, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 กุมภาพันธ์ 2568, วันที่ตอบรับบทความ: 28 กุมภาพันธ์ 2568



Effects of Development of Clinical Practice Guidelines for Weaning of Mechanical Ventilation among Patients with Brain Injury, Nakhon Pathom Hospital

Piyawadee Learahabumrung* Warangkana Saisit** Yupa Pimdee* Ratree Sukhong*

Napat Rattanahongsa*** Unshisa Rattanakunuprakarn***

Abstract

Purpose: This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of clinical practice guidelines (CPGs) for weaning patients with brain injuries from mechanical ventilation at Nakhon Pathom Hospital.

Design: Research and development

Method: This study utilized the CPGs development framework from the National Health and Medical Research Council of Australia in conjunction with the systems theory. Participants consisted of 22 registered nurses, who implemented the guidelines, and 60 brain-injured patients on mechanical ventilation with 30 in the pre-implementation group and 30 in the post-implementation group. Data were collected using a feasibility assessment form and a practice guideline adherence recording form. Data analysis was conducted using descriptive and inferential statistics.

Main findings: The CPGs included four categories :1) the assessment of readiness for weaning from mechanical ventilation, 2) nursing during weaning and after extubation, 3) assessment of readiness for extubation, and 4) documentation. The guidelines were found to be highly feasible for implementation. The post-implementation group demonstrated significantly shorter weaning times and extubation durations compared to the pre-implementation group ($p < .001$). The incidence of re-intubation within 48 hours was significantly lower in the post-implementation group ($p < .05$), while there was no significant difference in the incidence of ventilator-associated pneumonia ($p > .05$).

Conclusion and recommendations: The use of the CPGs led to favorable outcomes. It is recommended that the guidelines be utilized and promoted continuously as a policy within nursing departments at the organizational level.

Keywords: Brain injury, Clinical practice guidelines, Extubating, Weaning from mechanical ventilation

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2025, 12(1), 1-20

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Nakhon Pathom Hospital

** Associate Professor, Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat

Corresponding author, e-mail: warangkana.saisit@gmail.com Tel. 084-6822662

*** Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat

Received: 3 February 2025, Revised: 20 February 2025, Accepted: 28 February 2025



ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การบาดเจ็บสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scores; GCS) ต่ำกว่า 9 จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้รอดชีวิต และเมื่อหมดข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ถอดออกทันที (วนิดา เคนทองดี และคณะ, 2567) แต่เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความหลากหลายของระดับความรู้สึกตัว ภาวะสมองบวม จึงยังไม่มีการศึกษาใดกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (สุนันทา ไชยพอง วนิดา เคนทองดี และเอกรัฐ ทองเต็ม, 2565) ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนั้นยังพบผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการใส่เครื่องช่วยหายใจ เช่น ปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia; VAP) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และเสียชีวิต (Blackwood et al., 2014; สุนันทา ไชยพอง และคณะ, 2565)

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนครปฐมพบว่า ปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักปีละ 283, 207 และ 285 ราย ตามลำดับ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30-35 ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาล 20-25 วัน และมีการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำจำนวน 9, 8 และ 9 รายต่อปี ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะปอดบวมจากเครื่องช่วยหายใจประมาณ 14-16 ครั้งต่อพันวันของเครื่องช่วยหายใจ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5, 2566) ปัจจุบันการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ (Physician-directed weaning) ส่งผลให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น

การพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจไม่มีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน มักพิจารณาเพียงมีเสมหะมากหรือไม่ กรณีแพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยยังไม่เหมาะสมในการถอดท่อช่วยหายใจ จะยังให้ใส่ท่อช่วยหายใจต่ออีกหลายวัน พยาบาลขาดแนวปฏิบัติในทางเดียวกันในการประเมินผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีการติดตามอาการแบบทั่วไปและการพยาบาลหลังถอดท่อช่วยหายใจไม่ได้ พิจารณาถึงความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และหลังถอดท่อช่วยหายใจมีการบริหารการให้ออกซิเจนเป็นชนิดหน้ากากเพียงอย่างเดียว

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจมักพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป แต่ยังขาดหลักฐานที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น นอกจากนี้แนวทางมาตรฐานในระดับสากล เช่น สมาคมเวชบำบัดวิกฤต (Society of Critical Care Medicine; SCCM) ยังไม่มีข้อแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยเฉพาะ แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุที่มากกว่า 65 ปี จะหย่าเครื่องช่วยหายใจยากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า บางการศึกษา พบว่า เพศหญิงหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ช้ากว่าเพศชาย (วนิดา ปันจักร และคณะ, 2566; ศรัณญา จุฬาริ จันทรทิตรา เจียรณีย์ และรังสิมา ครองสูงเนิน, 2565) ระดับความรู้สึกตัว โดยคะแนน GCS ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8T จะหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จกว่าผู้ป่วยที่มี GCS ต่ำกว่า (Cinotti et al., 2018) สัญญาณชีพที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Cinotti et al., 2018; Nitta et al., 2019) ไม่ได้รับยาลดการหายใจทางเดินหายใจที่โล่ง ลักษณะและปริมาณของเสมหะไม่มากหรือขึ้นจนเกินไป ผู้ป่วยมีแรงไอที่สามารถขับเสมหะออกเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจและสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ โรคประจำตัวส่งผลให้หย่าเครื่องช่วยหายใจยาก

โดยเฉพาะ โรคปอด โรคหัวใจ ผลของค่า PaCO_2 , PaO_2 ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) ด้านกระบวนการรักษา วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีแบบแผนชัดเจน การติดตามสัญญาณชีพ สมรรถนะบุคลากร การจัดอัตรากำลังและเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Cook, Meade & Perry, 2001, Baptistella et al., 2018, Nitta et al., 2019) มีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การตรวจ Cuff leak test และค่าดัชนีการหายใจเร็วตื่น (RSBI) สามารถทำนายความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจได้ (Cinotti et al., 2018; Nitta et al., 2019) นอกจากนี้พบว่า การประเมินคะแนนการดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและศักยภาพการทำทางเดินหายใจให้โล่ง รวมทั้งการประเมินกลุ่มเสี่ยงของการถอดท่อช่วยหายใจรวมทั้งการบริหารจัดการการเลือกรูปแบบของการให้ออกซิเจนอย่างเหมาะสมร่วมด้วยจะช่วยให้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จและลดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้ (Belengue et al., 2023) และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม การควบคุมเสียงและแสง อุณหภูมิห้อง รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ (Baptistella et al., 2018; ศรัณญา จุฬารี และคณะ, 2565)

จากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวทำให้การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นเรื่องสำคัญต่อการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเองและสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ (สุนันทา ไชยาพอง และคณะ, 2565) ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก มีหน้าที่ควบคุมกำกับ ติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักตระหนักในความสำคัญดังกล่าว จึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อย่างเป็นขั้นตอนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems theory) Cook et al. (2001) ที่เน้นการจัดการองค์ประกอบหลักที่มีความสัมพันธ์กัน

เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้วิจัยตระหนักดีว่าหากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ได้จริง จะส่งผลต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นคือ ลดระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ ถอดท่อช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ลดจำนวนครั้งของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และลดอัตราการเกิด VAP

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลนครปฐม
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลนครปฐม โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ในกลุ่มก่อนใช้และหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำนิยาม

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโรงพยาบาลนครปฐม หมายถึง สารสำคัญของ การปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนามาตามขั้นตอนของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2011) ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) การพยาบาลขณะการหย่าเครื่องช่วยหายใจและหลังถอดท่อช่วยหายใจ 3) การประเมินความพร้อมการถอดท่อช่วยหายใจ และ 4) การบันทึกการพยาบาล

ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้การตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ ในรูปแบบผู้ป่วยฝึกหายใจจนสามารถหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยหายาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไปจนถอดท่อช่วยหายใจ

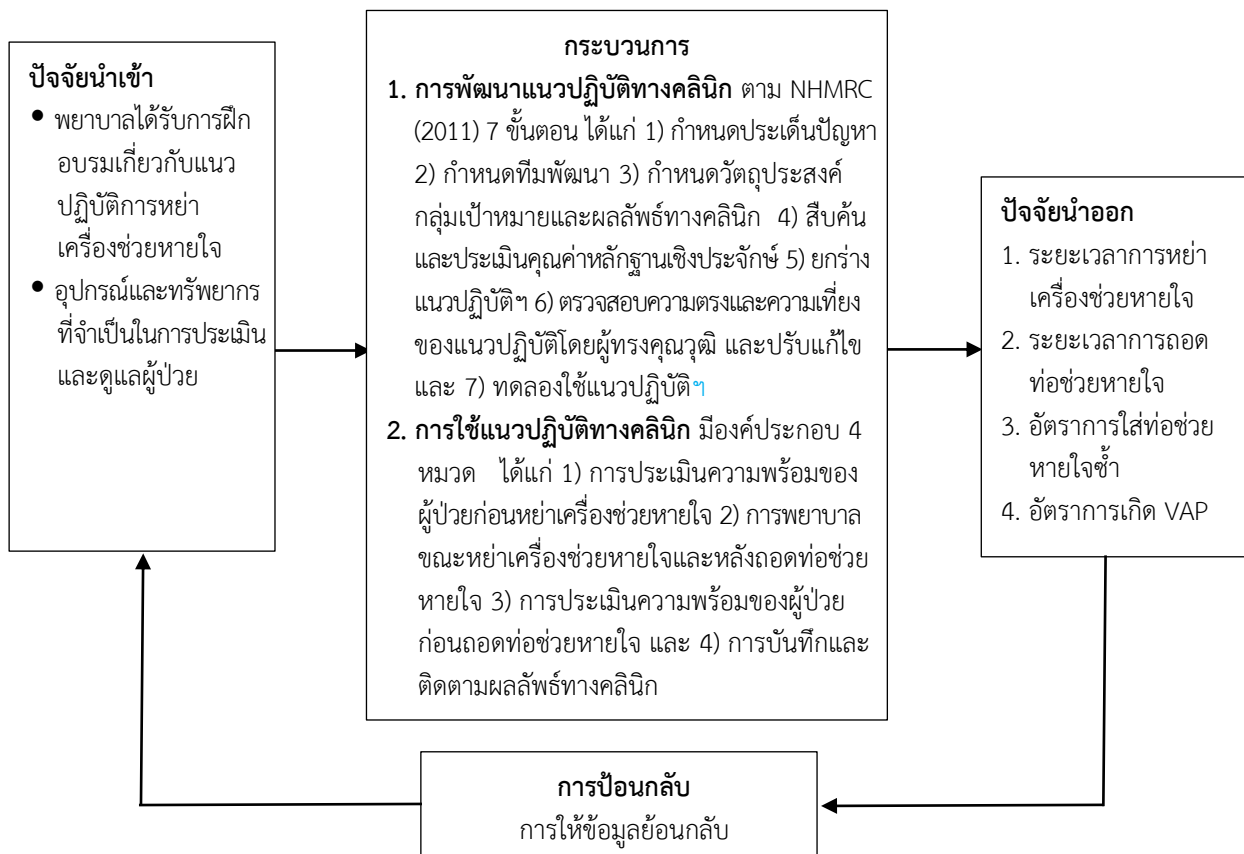
การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หมายถึง การใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมงหลังการถอดท่อช่วยหายใจไปแล้ว

การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยเป็นปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 2 วันปฏิทิน หรือ หลังถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 2 วันปฏิทิน (สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้ทฤษฎีระบบ (Systems theory) Cook et al. (2001) เป็นแนวทางหลักในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยองค์ประกอบหลักของทฤษฎีระบบในการศึกษาครั้งนี้ 1) ปัจจัยนำเข้า คือ พยาบาลผู้ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ อุปกรณ์และทรัพยากรที่จำเป็นในการประเมินและดูแลผู้ป่วย 2) กระบวนการ คือ การใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมี 4 หมวด ได้แก่ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนหายาเครื่องช่วยหายใจ (NURSE Model) การพยาบาลขณะหายาและหลังถอดท่อช่วยหายใจ (WEANING Model) การประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วยหายใจ (2S2C+1C Assessment) และการบันทึกติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกหลังถอดท่อช่วยหายใจ (AFTER Model) 3) ปัจจัยนำออก (Output) คือ ลดระยะเวลาการหายาเครื่องช่วยหายใจ ลดระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจ ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และควบคุมอัตราการการเกิด VAP ให้อยู่ในระดับต่ำ และ 4) การป้อนกลับ คือ การให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อ

การพัฒนา ร่วมกับการใช้กระบวนการวิจัย 6 ขั้นตอน (กิตติมา วงษ์จันทร์, 2561) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์การหายาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลนครปฐม (Research: R1) ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและการพยาบาลสำหรับการหายาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Development: D1) ใช้ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2011) เนื่องจากมีระบบการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน มีข้อเสนอแนะที่ชัดเจน กระบวนพัฒนานั้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยมีการตรวจสอบคุณภาพ 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ และการพยาบาล 3) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ทางคลินิก 4) สืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ สำหรับการวิจัยและประเมินผล 5) ยกร่างแนวปฏิบัติฯ 6) ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิและปรับแก้ไข และ 7) ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ นำความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยมาสร้างให้เกิดผลลัพธ์ตามแนวคิดทฤษฎีระบบ โดยการวัดผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ 3 นำร่างแนวปฏิบัติไปใช้ (ครั้งที่ 1) โดยประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (Research: R2) ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติฯ (Development: D2) ขั้นตอนที่ 5 นำแนวปฏิบัติไปใช้ (ครั้งที่ 2) โดยประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่าง (Research: R3) และขั้นตอนที่ 6 ปรับปรุงแนวปฏิบัติโรงพยาบาลนครปฐม (Development: D3) นำสู่การใช้งานจริง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะการพัฒนา

1.1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยอิงจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

1.2 ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ที่โรงพยาบาลนครปฐม

2. ระยะประเมินผล

2.1 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ โดยเปรียบเทียบกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ

2.2 ดำเนินการ ในช่วงเดือนสิงหาคม- ตุลาคม

พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จากห้องผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองและห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและสมอง จำนวน 22 คน และคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือก: พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานมากกว่า 1 ปี ปฏิบัติงานครบตามกระบวนการวิจัย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในขั้นตอนที่ 3 นำร่างแนวปฏิบัติไปใช้ (ครั้งที่ 1) โดยประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (Research: R2) และขั้นตอนที่ 5 นำแนวปฏิบัติไปใช้ (ครั้งที่ 2) โดยประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่าง (Research: R3)

เกณฑ์การคัดออก: ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เปลี่ยนหรือโอนย้ายไปปฏิบัติงานหน่วยงานอื่น

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์

2.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองและห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและสมอง โรงพยาบาลนครปฐม

2.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้ ($n=30$) และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ($n=30$) โดยกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วง เดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเข้า

- อายุ 18-60 ปี
- ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
- มีระดับความรู้สึกตัวคงที่และ/หรือ GCS $\geq$ 8T สัญญาณชีพคงที่ ค่า $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 200$, PEEP $\leq$ 5 cmH_2O

- แพทย์อนุญาตให้หย่าเครื่องช่วยหายใจได้

เกณฑ์การคัดออก

โรคปอดเรื้อรัง ภาวะกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เจาะคอ มีแผนผ่าตัดซ้ำ ญาติขอยุติการรักษา

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วม ได้แก่ 1) อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที หรือน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ มากกว่า 120 ครั้ง/นาที หรือเพิ่มขึ้น 20 ครั้ง/นาที $\text{SpO}_2 < 90\%$, ECG มี PVC > 6 ครั้ง/นาที 2) ผู้ป่วยหรือญาติขอถอนตัวจากการวิจัย 3) คะแนนทางระบบประสาท (GCS) ลดลง ≥ 2 คะแนน หรือ motor power ลดลงตั้งแต่ 1 คะแนน และ 4) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือพัฒนาแนวปฏิบัติ: จากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจใน

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ 2) แบบประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 3) แบบประเมินความพร้อมการถอดท่อช่วยหายใจ และ 4) ประเมินความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล:

แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ 5 ด้าน ได้แก่ เนื้อหาเข้าใจง่ายชัดเจน ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ประหยัดงบประมาณ ความพึงพอใจในการนำไปใช้ และความสะดวกต่อการใช้ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.49 หมายถึง น้อยที่สุด 1.50–2.49 หมายถึง น้อย 2.50–3.49 หมายถึง ปานกลาง 3.50–4.49 หมายถึง มาก และ 4.50–5.00 หมายถึง มากที่สุดตามลำดับ (Best, 1977)

แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ 33 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ (ปฏิบัติ=1 และไม่ปฏิบัติ=0)

แบบรวบรวมผลลัพธ์: ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. ความตรงของเนื้อหา (Content validity): แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ และแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ พยาบาลเชี่ยวชาญ 3 คน ประสาทศัลยแพทย์ 1 คน และอายุรแพทย์โรคปอด 1 คน ได้ค่าความตรงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) = 0.96, 1.00 และ 0.96 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่น (Reliability): แบบรวบรวมผลลัพธ์ ทดสอบซ้ำ (Test- retest reliability) ในกลุ่ม

พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 10 คน ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่น = 1

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.1 การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 100 ฉบับ พบว่าใช้ระยะเวลาหย่าเครื่องช่วยหายใจนานกว่า 10 วัน ระยะเวลาถอดท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 4.6 วัน ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 20-25 วัน อัตราการใส่ท่อซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 3.8 และอัตราการเกิด VAP 18/ 1,000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก: สัมภาษณ์หัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 5 ราย เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติจาก 2 ห้องผู้ป่วยหนัก โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในประเด็นสภาพปัญหาและสิ่งที่ต้องการพัฒนา พบว่า การหย่าเครื่องช่วยหายใจยังเป็นแบบ Physician-directed weaning และขาดแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย NHMRC (2011) 7 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 กำหนดประเด็นและขอบเขตของ ระบุปัญหาหลัก 4 หมวด ได้แก่ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การพยาบาลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ การประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วยหายใจและการติดตามผลหลังถอดท่อช่วยหายใจ

2.2 จัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย ประสาทศัลยแพทย์ 1 คน พยาบาลหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนัก 3 คน อาจารย์พยาบาล 3 คน รวม 7 คน

2.3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ทางคลินิก

2.4 สืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้สำคัญในการสืบค้น เช่น แนวปฏิบัติทางคลินิก Weaning ventilation, Brain injury, Clinical practice guideline จากฐานข้อมูล PubMed, ThaiJO, และ Google scholar ระหว่าง พ.ศ. 2557 ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ และผ่านการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผลเป็น 4 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1 การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย หมวดที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการพยาบาลหลังถอดท่อช่วยหายใจ หมวดที่ 3 การประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย และหมวดที่ 4 การบันทึกติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังถอดท่อช่วยหายใจ

2.5 ยกร่างแนวปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 4 หมวด โดยใช้คำย่อ ได้แก่ NURSING, WEANING, 2S2C+ 1C Assessment, และ AFTER รายละเอียดในแต่ละหมวด มีดังนี้ หมวดที่ 1 การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย “NURSING” (N-Neurological and Nursing Care, U-Understand Family, R-Respiratory Monitoring, S-Secretion and Suction Management, I-Infection Prevention, N-Nutrition Support, G-Gas Exchange Optimization) หมวดที่ 2 การพยาบาลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ “WEANING” (W-Weaning Protocol Implementation, E-Early, A-Anxiety Management, N-Nursing Documentation, I-Interdisciplinary Collaboration, N-Next Level, G-Goal Setting) หมวดที่ 3 การประเมินความพร้อมการ

ถอดท่อช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องมือ “2S2C+ 1C Assessment tool” (S-Strength, S-Secretion, C-Consciousness, C-Cough และ C-Cuff leak test) และหมวดที่ 4 การบันทึกติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังถอดท่อช่วยหายใจ “AFTER” (A-Airway & Breathing Control, F-Function Recovery, T-Team Response, E-Early Warning Signs, R-Reintubation Prevention)

2.6 การตรวจสอบความถูกต้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.96 –1.0) และเสนอแนะการปรับแก้แนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท

2.7 เตรียมผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 รุ่น รวม 22 คน

ขั้นตอนที่ 3 นำร่างแนวปฏิบัติไปใช้ครั้งแรก (Pilot Study)

การทดสอบแนวปฏิบัติ: ใช้แนวปฏิบัติครั้งแรกในห้องผู้ป่วยหนัก โดยให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คน ทดลองใช้และบันทึกข้อมูลการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเรียลไทม์ ติดตามผลและรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้ พบว่าพยาบาลประเมินผู้ป่วยได้ล่าช้า เนื่องจากตัวชี้วัดซ้ำซ้อน โดยเฉพาะในส่วนของ Rapid Shallow Breathing Index : RSBI ซึ่งคำนวณจากสูตรอัตราการหายใจ ครั้ง/นาทีหารด้วย Tidal volume หน่วยเป็นลิตร และสำหรับการวัดค่าความดันหายใจเข้าสูงสุด (Negative Inspiratory Force : NIF) เป็นการวัดค่าความดันหายใจเข้าสูงที่สุด โดยใช้วิธีการวัดโดยใช้เครื่อง Bourdon gauge pressure manometer ต้องใช้ในผู้ป่วยรู้ตัวทำตามสั่งได้ เนื่องจากต้องให้ผู้ป่วยหายใจออกให้ลึกที่สุดแล้วให้สูดหายใจเข้าลึกที่สุด ซึ่งปฏิบัติได้ยากในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ในขณะที่ RSBI มีความสะดวกและเมื่อใช้ประเมินร่วมกับตัวแปรหลายตัวจะทำให้แม่นยำขึ้น (Akella, Voigt, & Chawla,

2022; Jia D et al., 2024) จึงตัดค่า NIF ออกจากแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติ ปรับปรุงเนื้อหา โดยลดตัวชี้วัดที่ซ้ำซ้อน เพิ่มความกระชับในการประเมินและบันทึกผลลัพธ์ เพื่อให้แนวปฏิบัติใช้งานได้ง่ายขึ้น ลดภาระงานของพยาบาลและเพิ่มความแม่นยำในการประเมิน ทั้งนี้ ตรวจสอบความสอดคล้องทบทวนคู่มือและแบบบันทึกโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 5 นำแนวปฏิบัติไปใช้ ครั้งที่สอง (Implementation study) ใช้แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 30 คน และติดตามผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเรียลไทม์ เก็บข้อมูลผลลัพธ์เกี่ยวกับระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจ อัตราการใส่ท่อซ้ำ และภาวะ VAP เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่ได้รับการปรับปรุงและความสามารถในการนำไปใช้จริงในสถานการณ์คลินิก

ขั้นตอนที่ 6 ปรับปรุงและนำไปใช้จริง การปรับปรุงขั้นสุดท้าย โดยปรับแก้แนวปฏิบัติขั้นสุดท้ายจากผลการประเมินและข้อเสนอแนะของพยาบาลผู้ใช้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 4 หมวด ดังนี้ 1) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย (NURSING Model) 2) การพยาบาลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (WEANING Model) 3) การประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วยหายใจ (2S2C+1C Assessment) และ 4) การติดตามผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ (AFTER Model)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม วันที่ 30/07/2567: COA No. 040/2024, NPH-REC No. 036/2024 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐมให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของ

การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาผู้เข้าร่วมลงนามในแบบฟอร์มขอความยินยอมก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา ข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้และรายงานผลในภาพรวม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ:

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และมัธยฐานเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและผลลัพธ์หลัก เช่น ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และภาวะ VAP

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ใช้ Chi-square test เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจัดหมวดหมู่ของข้อมูลตามสาระสำคัญ (Theme) ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์หัวหน้างานและพยาบาล และตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทุกวัน พร้อมสุ่มตรวจสอบความสอดคล้องของแบบบันทึกโดยทีมวิจัย

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ จำนวน 32 เรื่อง โดยแบ่งขั้นตอนหลักออกเป็น 4 หมวด ดังนี้

1.1 การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย (NURSING Model)

N: Neurological and nursing care - ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS $\geq$ 8T) และสัญญาณชีพที่คงที่

U: Understand family - ชี้แจงแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจแก่ญาติ

R: Respiratory monitoring - ติดตามอัตราการหายใจและความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂ $\geq$ 92%)

S: Secretion and suction management - จัดการเสมหะและการดูดเสมหะอย่างเหมาะสม

I: Infection prevention - ควบคุมการติดเชื้อและประเมินภาวะไข้ (T < 38°C)

G: Gas exchange optimization - ประเมินค่า PaO₂/FiO₂ > 200 และ PEEP $\leq$ 5 cmH₂O

1.2 การพยาบาลขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (WEANING Model)

W: Weaning protocol implementation - ปฏิบัติตามแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นขั้นตอน

E: Early mobilization - กระตุ้นการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยตั้งแต่วินาทีแรก

A: Anxiety management - ลดความกังวลของผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางใจ

N: Nursing documentation - บันทึกผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างละเอียด

I: Interdisciplinary collaboration - ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

N: Next level care planning - วางแผนการดูแลหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ

G: Goal setting - กำหนดเป้าหมายการหย่าเครื่องช่วยหายใจรายบุคคล

ให้ความสำคัญเรื่องของการปฏิบัติของแผนการ
หยาบเครื่องช่วยหายใจตามความเหมาะสมของผู้ป่วย
รายบุคคลร่วมปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา มี 3 รูปแบบ
คือ 1) T-piece ให้ FiO_2 ไม่เกิน 0.5, 2) ใช้รูปแบบ
CPAP ตั้งค่า CPAP 3-5 cmH_2O และ 3) ใช้รูปแบบ
SIMV with pressure support ทั้งนี้มีการให้ข้อมูล
อธิบายและสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยเรื่องการหยา
เครื่องช่วยหายใจ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สอนและ
กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ
การจัดทำนอนศีรษะสูง บันทึกลงและติดตาม ระดับ
ความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะการเต้นของหัวใจ

1.3 การประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วย
หายใจ (2S2C+1C Assessment)

S: Strength - ประเมินความแข็งแรง
ของกล้ามเนื้อหายใจ ($\text{RSBI} \leq 105$)

S: Secretion - ตรวจสอบความ
สามารถในการขับเสมหะ

C: Consciousness - ระดับความรู้สึกตัว
($\text{GCS} \geq 8\text{T}$)

C: Cough - ประเมินแรงไอที่มี
ประสิทธิภาพ

+1 C: Cuff Leak Test - ตรวจสอบการ
รั่วไหลรอบท่อช่วยหายใจก่อนถอดท่อ

การประเมินผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ให้
ความสำคัญในการประเมิน 4 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความ
แข็งแรงของการหายใจ การประเมินการจัดการเสมหะ
ของผู้ป่วยทั้งด้านปริมาณและความหนืดของเสมหะ
ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และความสามารถในการ

ไอของผู้ป่วย เมื่อประเมินคะแนนเฉลี่ยอยู่ในค่าความ
เสี่ยงต่ำ (10-12 คะแนน) ให้ประเมิน Cuff leak test
ต่อ กรณีผ่านเกณฑ์สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ แต่
กรณีที่ Cuff leak test ไม่ผ่านต้องปรึกษาแพทย์ว่ายัง
ยืนยันถอดท่อช่วยหายใจหรือไม่ ก่อนถอดท่อช่วย
หายใจให้พิจารณาตามเกณฑ์ความเสี่ยง กรณีมีความ
เสี่ยงสูงในการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ได้แก่ ค่า $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 200 \text{ mmHg}$ ใส่ท่อช่วยหายใจนานกว่า 7 วัน
อายุมากกว่า 65 ปี $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ ข้อใดข้อหนึ่ง
พิจารณาให้ HFNC

1.4 การติดตามผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ
(AFTER Model)

A: Airway & breathing control -
ติดตามการหายใจและทางเดินหายใจ

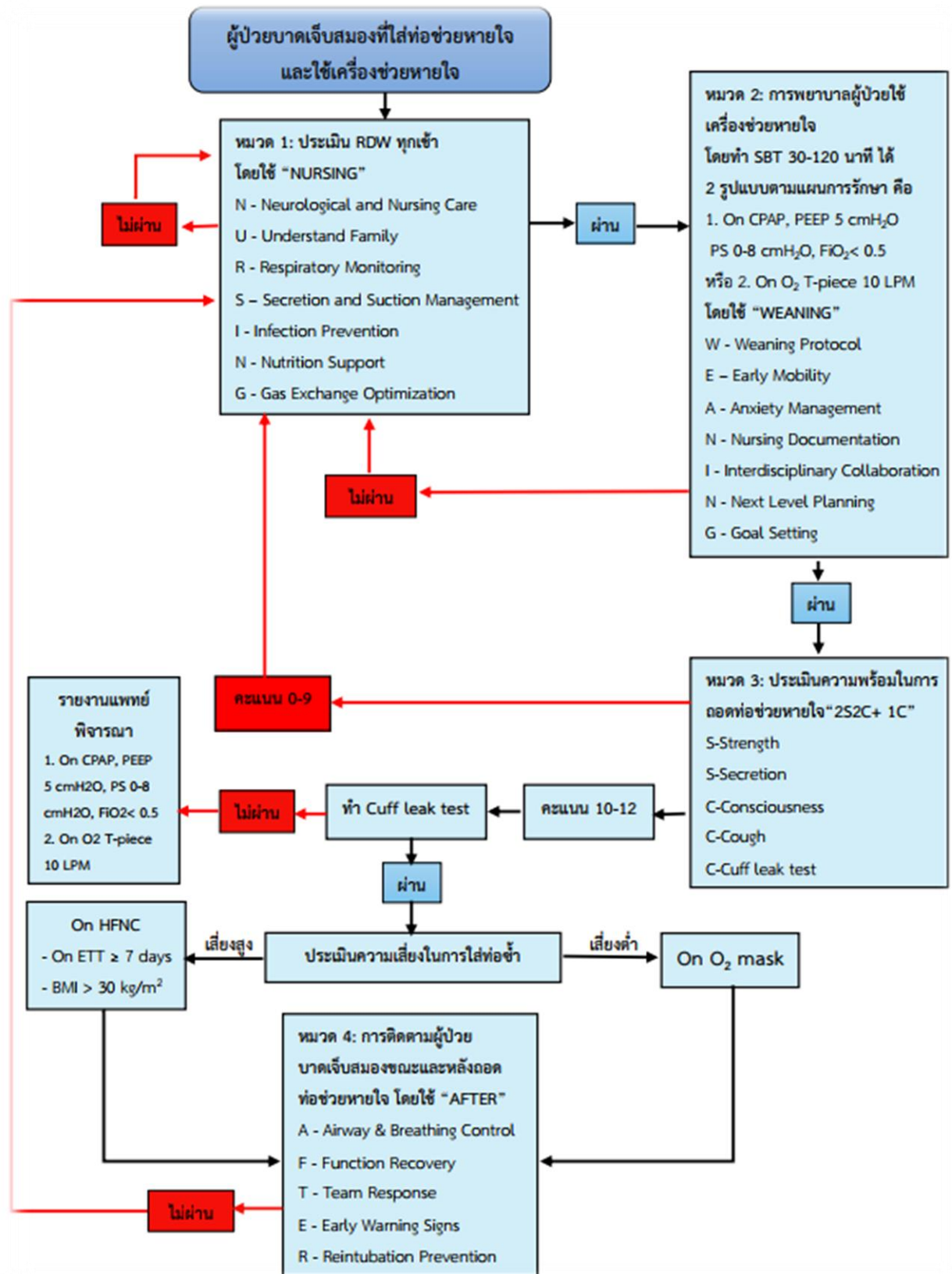
F: Function recovery - ประเมินการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพหลังถอดท่อช่วยหายใจ

T: Team response - การทำงานร่วมกัน
ของทีมดูแล

E: Early warning signs - ฝ้าระวัง
สัญญาณอาการแทรกซ้อน

R: Reintubation prevention - ป้องกัน
การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

การบันทึกติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บสมองขณะ
และหลังถอดท่อช่วยหายใจ เป็นกระบวนการที่ให้
บันทึกและติดตามผลการปฏิบัติ เพื่อให้ผลป้อนกลับ
เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ เน้นเรื่องการหายใจ สัญญาณ
ชีพ การจัดการเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ดัง
แผนภาพที่ 2 แผนผังขั้นตอนแนวปฏิบัติแนวปฏิบัติ
ทางคลินิกสำหรับการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วย
บาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลนครปฐม ดังนี้



แผนภาพที่ 2 แผนผังขั้นตอนแนวปฏิบัติแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลนครปฐม

2. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ
หยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
โรงพยาบาลนครปฐม

2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ เป็น
พยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือด
สมองและงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและ
สมอง ทั้งหมด 22 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ
95.45 อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ
45.16 (Min = 24, Max = 44) จบปริญญาตรีและ
ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ
ขั้นพื้นฐานร้อยละ 100 ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

สมองใส่เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ
45.16

2.2 ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า มี
ความเป็นไปได้ระดับมากที่สุดในด้านการนำไปใช้ได้จริง
ในทางปฏิบัติ ($M = 4.58 \pm 0.82$) มีความเหมาะสมกับ
หน่วยงาน ($M = 4.78 \pm 0.82$) ประหยัดงบประมาณ
($M = 4.88 \pm 0.42$) และมีความเป็นไปได้ระดับมากใน
ด้านความสะดวกง่ายต่อการใช้ ($M = 4.28 \pm 0.50$)
เนื้อหาเข้าใจง่ายชัดเจน ($M = 4.42 \pm 0.32$) มีความ
เป็นไปได้ในการใช้ในหน่วยงาน ($M = 4.18 \pm 0.62$)
และมีความพึงพอใจในการนำไปใช้จริง ($M = 4.28 \pm$
0.72) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ (n=22)

ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	M	SD	แปลผล
1. เนื้อหาเข้าใจง่ายชัดเจน	4.52	0.22	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับหน่วยงาน	4.79	0.62	มากที่สุด
3. ประหยัด ใช้งบประมาณไม่มาก	4.88	0.42	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจในการนำไปใช้จริง	4.38	0.72	มาก
5. มีความสะดวกง่ายต่อการใช้	4.28	0.50	มาก

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ จึงนำไปสู่การใช้
แนวปฏิบัติ ซึ่งพบว่าแนวปฏิบัติโดยรวมดีมาก มีค่า
คะแนนปฏิบัติเฉลี่ย 28.45 ± 3.62 ประเด็นที่ผู้ใช้
แนวปฏิบัติมากที่สุดอยู่ที่การพยาบาลผู้ป่วยขณะการ
หยาเครื่องช่วยหายใจ และการพยาบาลหลังถอดท่อ
ช่วยหายใจ ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว

และประเมินสัญญาณชีพร้อยละ 100 ประเด็นที่ผู้
ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติน้อยที่สุดคือ หมวดที่ 3 การ
ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจของ
ผู้ป่วยในหัวข้อคัดค้านั่งขึ้นซึ่งการหายใจเร็ว ค่าแรง
หายใจเข้าเชิงลบและ Peak cough flow ร้อยละ
77.22 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n=22)

การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติฯ	M	SD	แปลผล
หมวดที่ 1 การประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย	4.38	0.20	มาก
การประเมินความพร้อมของการหยาเครื่องช่วยหายใจทุกเช้า	4.80	0.48	มากที่สุด
Neurological: ประเมินอาการทางระบบประสาท	4.00	0.00	มาก
Nursing Care: ประเมินสัญญาณชีพขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ	4.40	0.55	มาก
Understand Family: ประเมินความเข้าใจเรื่องการหยาเครื่องช่วยหายใจให้ ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือ	4.80	0.45	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n=22) (ต่อ)

การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ	M	SD	แปลผล
Respiratory Monitoring: ประเมินติดตามอัตราการหายใจ, RSBI, Ventilator setting	4.40	.055	มาก
Secretion: ประเมินการไอแรงพอในการขับเสมหะออกมา	4.60	0.55	มากที่สุด
Suction: ประเมินความถี่ของการดูดเสมหะ	4.40	0.55	มาก
Infection: ประเมินอาการ อาการแสดงของการติดเชื้อ	4.40	0.55	มาก
Nutrition Support: ประเมินภาวะทุพโภชนาการ	4.00	0.00	มาก
Gas exchange: ประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซ จากค่า O ₂ saturation	4.38	0.00	มาก
หมวดที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะการหยาเครื่องช่วยหายใจ และการพยาบาล	4.71	0.23	มากที่สุด
หลังถอดท่อช่วยหายใจ			
W- Weaning protocol implementation ดังนี้	5.00	0.00	มากที่สุด
จัดท่านั่งศีรษะสูง 30-45 องศา กรณีไม่มีข้อห้าม			
ประเมินสัญญาณชีพและลักษณะของการหายใจเป็นข้อมูลพื้นฐาน	5.00	0.00	มากที่สุด
ดูแลให้ผู้ป่วยฝึกหายใจด้วยตนเอง 30-120 นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์	5.00	0.00	มากที่สุด
ประเมินศักยภาพการทำทางเดินหายใจให้โล่ง	5.00	0.00	มากที่สุด
ติดตามHR, RR, BP, O ₂ sat ทุก15 นาทีX4 ครั้ง ทุก 30 นาที X 2 ครั้ง หลังจาก	4.80	0.44	มากที่สุด
นั้นทุก 1 ชั่วโมง			
E-Early: ประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจทุกเช้า และเริ่มการหยา	4.40	0.55	มาก
เครื่องช่วยหายใจทันทีที่แพทย์อนุญาต			
A-Anxiety Management: ให้ข้อมูล ขั้นตอนการหยาเครื่องช่วยหายใจอยู่เป็น	4.80	0.45	มากที่สุด
เพื่อนและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่หยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อ			
ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วย			
Nursing Documentation: การบันทึกทางคลินิก ทางพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	5.00	0.00	มากที่สุด
Interdisciplinary Collaboration: ส่งเสริมการประสานงานกับแพทย์ทั้งในเรื่องการ	4.60	0.55	มากที่สุด
ประเมินผู้ป่วยเพื่อการหยาเครื่องช่วยหายใจ และทีมสหวิชาชีพอื่นๆ			
Next Level: เป็นการประเมินความก้าวหน้า การวางแผนต่อเนื่องในการหยา	4.40	0.55	มาก
เครื่องช่วยหายใจและการดูแลหลังหยาเครื่องช่วยหายใจ			
Goal Setting: การกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและ	4.40	0.55	มาก
ญาติในการหยาเครื่องช่วยหายใจ			
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ ก่อนถอดท่อฯ ให้ประเมินแบบ	4.20	0.45	มาก
ประเมิน 2S2C+1C			
หมวดที่ 3 การประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย	4.33	0.52	มาก
Strength: ประเมิน RSBI, Negative Inspiratory Force (NIF)	4.00	1.22	มาก
Secretion: ประเมินปริมาณเสมหะ และความเหนียวของเสมหะ	5.00	0.00	มากที่สุด
Consciousness: ประเมิน GCS	4.60	0.89	มากที่สุด
Cough: ประเมินความสามารถในการไอ	4.20	0.44	มาก
cuff leak test: ประเมินการบวมของหลอดคอ	4.60	0.89	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n=22) (ต่อ)

การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ	M	SD	แปลผล
หมวดที่ 4 การบันทึกติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและหลังถอดท่อช่วยหายใจ	4.73	0.28	มากที่สุด
Airway & Breathing Control: ประเมินการหายใจและสัญญาณชีพ	4.60	0.89	มากที่สุด
Function Recovery: ประเมินGCS ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	4.40	1.34	มาก
การหายใจและไอ บันทึกความสามารถในการกลืน และการจัดการเสมหะ			
Team Response: เตรียมทีมและอุปกรณ์พร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน	5.00	0.00	มากที่สุด
Early Warning Signs: เป็นการเฝ้าสัญญาณเตือน	4.60	0.89	มากที่สุด
Reintubation prevention: ป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	5.00	0.00	มากที่สุด

3. ผลของระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ 30 คน และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ 30 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติเท่ากับ 32.43 ± 9.42 ปี และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติเท่ากับ 29.23 ± 10.43 ปี มีสัดส่วนเพศชายของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 83.30 และเพศหญิง ร้อยละ 16.37 และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติเพศชาย 86.7 และเพศหญิง ร้อยละ 13.30 ระดับความรู้สึกรู้ตัว ทำตามสั่งได้ของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ เป็นร้อยละ 60.00 และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ เป็น

ร้อยละ 56.70 มีสัดส่วนกลุ่มโรคอุบัติเหตุ/โรคหลอดเลือดสมองก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 80.00/20.00 หลังใช้แนวปฏิบัติเป็นโรคอุบัติเหตุ/โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70.00/30.00

3.2 พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จในกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ เท่ากับ 7.53, 2.36 วันตามลำดับ และพบว่าระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จเฉลี่ยเป็น 74.23 และ 15.77 ชั่วโมง ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ พบว่า กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมากกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .009 แต่การเกิด VAP ของสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ (วัน) ระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจ (ชั่วโมง) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และการเกิด VAP ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

ตัวชี้วัด	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		X ² / independent t-test	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง						
ไม่ได้ถอดท่อช่วยหายใจ	1	3.33	0	0.00	13.42 ^a	.009
ใส่ท่อช่วยหายใจใน 48 ชม.	8	26.67	1	3.33		
ไม่ต้องใส่ท่อซ้ำ	21	70.00	29	96.67		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ (วัน) ระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจ (ชั่วโมง) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และการเกิด VAP ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (ต่อ)

ตัวชี้วัด	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ		X ² / independent t-test	P-value
	(n=30)		(n=30)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การเกิด VAP (ครั้ง)						
เกิด VAP	13	43.30	13	43.30	0.00 ^a	1.00
ไม่เกิด VAP	17	56.70	17	56.70		
ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (เฉลี่ยวัน ± SD.)	7.53 ± 1.36		2.26 ± 1.55		13.99 ^b	<.001
ระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจ(เฉลี่ยชั่วโมง ± SD.)	74.23 ± 30.00		15.77 ± 7.81		10.33 ^b	<.001

a. Chi square, b. t-test independent

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลนครปฐม และผลการนำไปใช้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ใน การศึกษานี้ แบ่งงานวิจัยเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ใช้ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NHMRC (2011) 7 ขั้นตอน และระยะที่ 2 การนำไปใช้และประเมินผลแนวปฏิบัติฯ ที่ได้จากการพัฒนา เป็นแนวคิดพัฒนาที่มีขั้นตอนเป็นมาตรฐานมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การค้นหาค้นหาปัญหาเกี่ยวกับพยาบาลหัวหน้างานและพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทำให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดขอบเขตของปัญหาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้นำมาหาส่วนขาด (Gap analysis) วิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจนได้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลนครปฐมเป็นที่ยอมรับของทีมผู้ดูแล ประกอบไปด้วย

4 หมวด ซึ่งมีจุดเน้นที่แนวทางการพยาบาลเดิมของหน่วยงานไม่มี ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ “NURSE” โดยเน้นสำคัญเรื่องการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ความร่วมมือและลดความกังวลของผู้ป่วยได้ (กรณีที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้) และมีการประเมินความแรงของการไอเพื่อประเมินความสามารถในการขับเสมหะออกได้ 2) การพยาบาลขณะการหย่าเครื่องช่วยหายใจและหลังถอดท่อช่วยหายใจ “WEANING” เน้นเรื่องการให้กำลังใจผู้ป่วยและการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของทีมดูแลกับผู้ป่วยและญาติ 3) การประเมินความพร้อมการถอดท่อช่วยหายใจ “2S2C + 1C” เน้นเรื่องการประเมินศักยภาพการทำทางเดินหายใจให้โล่งและการไอขับเสมหะ รวมถึงมีเกณฑ์ประเมินในการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และ 4) การบันทึก “AFTER” เน้นเรื่องการประเมินสัญญาณเตือนเฝ้าระวังเพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ ทำให้การพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันนำไปสู่การปฏิบัติจริงและเกิดผลลัพธ์ด้านกระบวนการ จากผลการ

ประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าความเป็นไปได้ในการปฏิบัติได้มากที่สุดเท่ากับ 4.72 ± 0.12 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานฤมล อนุมาศ และคณะ (2566) ที่ใช้แนวคิดทางคลินิกของ NHMRC (2011) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งสามารถใช้ได้จริงและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี

จากการที่ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ร่วมกับทีมวิจัยมาใช้ในการทำงานพบว่าสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจจากการมีแนวปฏิบัติฯ ทำให้มีเกณฑ์การประเมินชัดเจน ส่งผลให้ระบุผู้ป่วยที่มีความพร้อมหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น บุคลากรมีแนวทางมาตรฐานเดียวกันสามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง (อมรินทร์ วินไทย และวัจนา สุคนธวัฒน์, 2566) ร่วมกับการให้คำปรึกษา นิเทศกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้วิจัยและทีมวิจัยทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมั่นใจรวมทั้งสามารถสอน ให้คำแนะนำขณะปฏิบัติงาน (ระเปียบ ขุนภักดี และดรุณี ท่วมเพ็ชร, 2567)

2. ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ จากเฉลี่ย 7.53 วัน ในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ลดลงเหลือ 2.26 วัน ในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ($p < .001$) และลดระยะเวลาการถอดท่อช่วยหายใจจากเฉลี่ย 74.23 ชั่วโมง ในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ลดลงเหลือ 15.77 ชั่วโมง ในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Blackwood et al. (2014) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติแบบมีระบบช่วยลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการประเมินแบบมีโครงสร้างทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจได้รวดเร็วและแม่นยำขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล อนุมาศ และคณะ (2566) พบว่าการประเมินความพร้อมของ

ผู้ป่วยในการหยาเครื่องช่วยหายใจส่งผลให้การหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ($P < .05$) และร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ มีการให้คำปรึกษา นิเทศกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติส่งเสริมเพิ่มความรู้และทักษะให้กับพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงก็ลดลงจากร้อยละ 26.67 เป็นร้อยละ 3.33 ($p = .21$) โดยเฉพาะค่า RSBI แรงไอ และการประเมินความเสี่ยงเพื่อการบริหารออกซิเจนหลังถอดท่อช่วยหายใจ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ปริมาณและความหนืดของเสมหะ Cuff leak test ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Baptistella et al. (2018) ที่ระบุว่า การประเมินความพร้อมก่อนถอดท่ออย่างเป็นระบบสามารถลดความเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของนฤมล อนุมาศ และคณะ (2566) พบว่าเน้นเรื่องของการประเมินศักยภาพการทำทางเดินหายใจให้โล่งและการไอขับเสมหะ และการประเมินสัญญาณเตือนอย่างใกล้ชิดช่วยลดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ($P < .05$) ผลการวิจัยพบว่าการประเมิน 2S2C+1C อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cinotti et al. (2018) พบว่า สาเหตุหลักที่ส่งผลกับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำที่สำคัญ คือความล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและความสามารถในการเปิดของทางเดินหายใจให้โล่ง (54.5% และ 37.7% ตามลำดับ)

ในด้านของภาวะแทรกซ้อน พบว่าการเกิดภาวะปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ (VAP) กลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการเกิด VAP สามารถเกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยง ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น อายุ เพศ โรคปอดที่เป็นอยู่เดิม ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง การกลืนลำบาก และการไอที่ไม่มีประสิทธิภาพ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ จำนวนครั้งของการใส่ท่อช่วยหายใจ การทำความสะอาดมือที่ถูกต้องวิธี สรรณะการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วย

หายใจ ที่ผ่านมานอกจากโรงพยาบาลนครปฐมได้มีแนวปฏิบัติการพยาบาล WHAPO ลด VAP ของโรงพยาบาลนครปฐม หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักและมีพยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยได้มีการควบคุมนิเทศ กำกับ ติดตามอย่างใกล้ชิด เช่น การยกศีรษะสูง การทำความสะอาดช่องปาก เป็นต้น ซึ่งเป็นการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปอดอักเสบอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีศา รัตนา (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ แต่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ การใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาในโรงพยาบาลนาน นอกจากนี้จากการศึกษาของการศึกษาของ นฤมล อนุมาศ และคณะ (2566) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมการหยาเครื่องช่วยหายใจช่วยลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1.1 การนำแนวปฏิบัติไปใช้: ควรขยายการใช้แนวปฏิบัติในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) อื่น ๆ เพื่อประเมิน

ความเป็นไปได้ในบริบทที่แตกต่างกัน และพัฒนาเป็นมาตรฐานในระดับโรงพยาบาล

1.2 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล: ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติเพื่อเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อยืนยันผลลัพธ์และลดความเสี่ยงของอคติในการวิจัย

2.2 ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) เพื่อประเมินความคุ้มค่าของแนวปฏิบัติเมื่อเทียบกับการดูแลแบบมาตรฐาน

2.3 การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อเสริมความครบถ้วนของผลลัพธ์

2.4 พัฒนานวัตกรรม เช่น โปรแกรมการคำนวณข้อมูลต่างๆในการหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสะดวกใช้งาน

เอกสารอ้างอิง

- กิตติยา วงษ์จันทร์. (2561). การออกแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยเชิงเชิงปริมาณ การกำหนดตัวอย่างและการวิเคราะห์ข้อมูล. โครงการฝึกอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่” (ลูกไก่) รุ่น ที่ 6 วันที่ 7-11 พฤษภาคม 2561, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ตัวชี้วัดที่ 044: อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)*. http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=2129&kpi_year=2567 &month=12
- นฤมล อนุมาศ, ชมนกส รัตติโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา, และอัฐพล ชีวรุ่งโรจน์. (2566). ผลลัพธ์หลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีการหยาเครื่องช่วยหายใจจาก หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(เพิ่มเติม 1), s138–s150.
- ปวีศา รัตนา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในโรงพยาบาลหัวหินจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 3(1), 37–48.



- ระเบียบ ชุนภักดี และดรุณี ท่วมเพชร. (2567). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่. *วารสารกองการพยาบาล*, 51(1), 18–34.
- วนิดา เคนทองดี, อรุมา แก้วเกิด, สุพัตรา กมลรัตน์, และปิยนันท์ แสนสมบัติ. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย. *วารสารกองการพยาบาล*, 51(1), 78–95.
- วนิดา ปันจักร, นงนภัทร รุ่งเนย, อัญชนา จุลศิริ, ศันสนีย์ พงษ์วิริยะธรรม, และฉัตรพร สมมิตร. (2566). ผลของโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพต่อความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี*, 6(2), 25–38.
- สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *Updating IPC guidelines for Thailand 2024*. <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/yirj/#p=9>, 27-28
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5. (2566). *รายงานผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566*. กระทรวงสาธารณสุข; 2023
- สุนันทา ไชยาพอง, วนิดา เคนทองดี, และเอกรัฐ ทองเต็ม. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. *วารสารกองการพยาบาล*, 49(1), 50–63.
- ศรัณญา จุฬาริ, จันทรีทิรา เจียรณัย, และรังสิมา ครองสูงเนิน. (2565). ความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ: บทบาทที่ทำหยาของพยาบาล. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี*, 12(1), 149–163.
- อมรินทร์ วินไทย และวัจนา สุคนธวัฒน์. (2566). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 6(2), 61-73.
- Akella P., Voigt L.P., & Chawla S. (2022). To wean or not to wean: A practical patient focused guide to ventilator weaning. *J Intensive Care Med*, 37(11), 1417-1425. <https://doi.org/10.1177/08850666221095436>
- Baptistella, A. R., Sarmiento, F. J., da Silva, K. R., Baptistella, S. F., Taglietti, M., Zuquello, R. Á., & Nunes Filho, J. R. (2018). Predictive factors of weaning from mechanical ventilation and extubation outcome: A systematic review. *Journal of Critical Care*, 48, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.08.023>
- Belenguer-Muncharaz A., DíazTormo C., Granero-Gasamans E., & Mateu-Campos M.L. (2023). Protocol-directed weaning versus conventional weaning from mechanical ventilation for neurocritical patients in an intensive care unit: a nonrandomized quasi-experimental study. *Critical Care Science*, 35(1), 44-56 <https://doi.org/10.5935/2965-2774.20230340-en>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed). Prentice Hall Inc.

- Blackwood, B., Burns, K. E., Cardwell, C. R., & O'Halloran, P. (2014). Protocolized versus non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(3), CD006904. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006904.pub3>
- Cook, D. J., Meade M. O., & Perry, A. G. (2001). Qualitative studies on the patient's experience of weaning from mechanical ventilation. *Chest*, 120(6), 467-473. https://doi.org/10.1378/chest.120.6_suppl.469s
- Cinotti, R., Bouras, M., Roquilly, A., & Asehnoune, K. (2018). Management and weaning from mechanical ventilation in neurologic patients. *Annals of Translational Medicine*, 6(19), 1-5. <https://doi.org/10.21037/atm.2018.08.16>
- Jia D, Wang H, Wang Q, Li W, Lan X, Zhou H, Zhang Z. (2024). *Rapid shallow breathing index predicting extubation outcomes: A systematic review and meta-analysis*. *Intensive Crit Care Nurs*, 80. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103551>
- King, I. M. (2018). King's conceptual system and nursing practice. Springer Publishing.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). (2011). *Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines*. <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp133-and-cp133a>
- Nitta, K., Okamoto, K., Imamura, H., Mochizuki, K., Takayama, H., Kamijo, H., Okada, M., Takeshige, K., Kashima, Y., & Satou, T. (2019). A comprehensive protocol for ventilator weaning and extubation: a prospective observational study. *Journal of Intensive Care*, 7, 50. <https://doi.org/10.1186/s40560-019-0402-4>
- The Joanna Briggs Institute. (2016). *The Joanna Briggs Institute EBP Database Guide*. <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการพยาบาลทวารเทียมและความคงทนของความรู้
เรื่องทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี**

จำเนียร โภชนพันธ์*, ศิริกัญญา อุสาหพิริยกุล**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการพยาบาลทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และเพื่อศึกษาความคงทนของความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้การวัดผลแบบกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ จำนวน 34 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชบุรีระหว่างปี พ.ศ. 2564 -2566 โปรแกรมการพัฒนาทักษะใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบวิดีโอที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับทวารเทียม 6 หัวข้อ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เรื่องทวารเทียม จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินทักษะการพยาบาล จำนวน 15 ข้อ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้และการทดสอบ Paired t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย : ผลการวิจัยพบว่า ความรู้และทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่หลังจากได้รับโปรแกรมมีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และความคงทนของความรู้ยังคงอยู่ในสัปดาห์ที่ 7

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการพัฒนากระบวนการในการพยาบาลการดูแลทวารเทียมเพื่อใช้ประกอบการให้การพยาบาลทวารเทียมทุกขั้นตอนจนจำเป็นอย่างยิ่งในการพยาบาลอย่างครบกระบวนการ

คำสำคัญ : ทวารเทียม, โปรแกรมการพัฒนาทักษะการพยาบาล, ความคงทนของความรู้, พยาบาลวิชาชีพจบใหม่

Effects of an Electronic Learning Program on Ostomy Nursing Skills and Retention of Knowledge Among New Graduate Nurses at Ratchaburi Hospital

Chamnien Photphan*, Sirikanya Usahapiriyakul**

Abstract

Objective: This study aimed to compare the knowledge and ostomy nursing skills of new graduate nurses before and after receiving a skill development program using electronic media. Additionally, it sought to assess the retention of learning about ostomy care among new graduate nurses.

Research Design: This quasi-experimental study used a one-group pretest-posttest design.

Methods: The sample consisted of 34 new graduate nurses working at Ratchaburi Hospital from 2021 to 2023. The skill development program utilized electronic media in the form of videos covering six topics related to ostomy care. Research instruments included a 20-item knowledge test on ostomy care and a 15-item nursing skills assessment. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and Paired t-tests to examine changes in knowledge and skills.

Results: The results showed that the knowledge and nursing skills of new graduate nurses significantly increased after the program ($p\text{-value} < 0.001$). Furthermore, the knowledge at weeks 7 remained

Conclusion and Recommendations: The electronic media-based skill development program effectively enhanced the knowledge and nursing skills of new graduate nurses in ostomy care and contributed to sustained learning retention. It is recommended that online learning programs, such as video-based training, be continuously used to reduce the gap in hands-on experience in ostomy care and to boost nurses' confidence in their clinical practice.

Keywords: Ostomy, Skills development program, Learning retention, New graduate nurses

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2025, 12(1), 21-33

* Registered Nurse, Professional Level, Ratchaburi Hospital.

** Registered Nurse, Professional Level, Ratchaburi Hospital.

Corresponding author, e-mail: kanom2551@gmail.com Tel. 0994146194

Received: 3 November 2024, Revised: 20 May 2025, Accepted: 29 May 2025

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเป็นบทบาทที่สำคัญของการพยาบาล เนื่องจากทวารเทียมเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ผู้มีทวารเทียมมักเผชิญกับความรู้สึกไม่มั่นใจ อับอาย และอาจประสบปัญหาด้านการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น ซึ่งนำไปสู่ความเครียดและความวิตกกังวล ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เกิดทัศนคติที่ดี ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ยอมรับในคุณค่าของตน มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดตลอดจนดูแลตนเองได้ที่บ้าน (World Health Organization [WHO], 2014) ปัจจุบันการดูแลสุขภาพของบุคคลควรต้องมีการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ ทุกคนต้องเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพและได้รับความปลอดภัย (WHO, 2014) ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้มีทวารเทียม และผู้ดูแลทวารเทียมให้สามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิตปัจจุบันให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยเปิดทวารเทียมรายใหม่ และผู้ป่วยสะสมทั้งหมด พ.ศ. 2560 จำนวน 40,857 คน สถิติจำนวนผู้ป่วยเปิดทวารเทียมรายใหม่ ในเขต 5 พ.ศ. 2560 มีผู้ที่มีทวารเทียมรายใหม่และผู้ป่วยสะสมทั้งหมด จำนวน 8,015 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สำหรับโรงพยาบาลราชบุรี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 67, 72 คน และ 65 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลราชบุรี, 2567) พบว่าทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลยังขาดความรู้ และความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ภาวะแทรกซ้อนภายหลังเปิดทวารเทียม เช่น มีการระคายเคืองที่ผิวหนังรอบๆ ทวารเทียม

จากการตัดแป้นที่ไม่เหมาะสม กว้างเกินไป การรั่วซึมของถุงรองรับอุจจาระ การติดเชื้อรา ภาวะลำไส้ปลิ้น เป็นต้น (แสงหล้า พลนอก, ม.ป.ป.).

นอกจากนี้พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทวารเทียม โดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ มักจะขาดประสบการณ์ตรง ทำให้ขาดความมั่นใจในการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ การขาดความรู้และทักษะที่เพียงพออาจทำให้การดูแลผู้ป่วยทวารเทียมไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การรั่วซึมของถุงรองรับ การระคายเคืองผิวหนัง และภาวะติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียนรู้ เช่น วิดีทัศน์เป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยพัฒนาทักษะของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสื่อประเภทนี้สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทำให้พยาบาลสามารถทบทวนและศึกษาข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสื่อการสอนในรูปแบบวีดิทัศน์ยังช่วยให้ ผู้เรียนจดจำและเข้าใจเนื้อหาได้อย่างลึกซึ้ง ด้วยเหตุนี้ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการพยาบาลโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลจบใหม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทวาร เทียมอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งส่งเสริมให้บุคลากรมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ (สุจินดา ลดาสุนทร นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, 2561)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
2. เพื่อศึกษาความคงทนของความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7
3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการพยาบาลทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ ในสัปดาห์ที่ 7 มากกว่า สัปดาห์ที่ 3

3. ทักษะการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการพยาบาลและความคงทนของการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม โดยใช้โปรแกรมการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning theory) ของคอลบ (Kolb) ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) และทฤษฎีความคงทนของการเรียนรู้ (Retention theory) ดังนี้

1. ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning theory) ของคอลบ (Kolb) ทฤษฎีนี้เน้นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ตรง โดยมี 4 ขั้นตอนหลัก คือ

ขั้นตอนที่ 1: ประสบการณ์ (Concrete experience) พยาบาลวิชาชีพพบใหม่จะได้รับการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมวิดีโอที่ให้ความรู้เรื่องโรคและพยาธิวิทยาของทวารเทียม การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม (Siting of the stoma) การพยาบาลหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูร่างกายก่อนและหลังการผ่าตัด การจำลองสถานการณ์การพยาบาลและการเลือกใช้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียม

ขั้นตอนที่ 2: การสะท้อนและอภิปราย (Reflective observation) พยาบาลสามารถสะท้อนความคิด และอภิปรายความเข้าใจในเนื้อหาที่เรียนรู้ผ่านการทบทวนวิดีโอซ้ำๆ

ขั้นตอนที่ 3: การสรุปและรวบยอดแนวคิด (Abstract conceptualization) นำความรู้ที่ได้รับจากการเรียนรู้มาสรุปและประยุกต์ให้เข้ากับแนวคิดใหม่

ขั้นตอนที่ 4: การทดลองและการประยุกต์ (Active experimentation) พยาบาลจะนำความรู้และทักษะที่ได้จากโปรแกรมมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

2. ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) ทฤษฎีนี้เน้นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดำเนินกิจกรรมเฉพาะอย่าง โดยโปรแกรมที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ในด้านการดูแลทวารเทียม ผ่านการเรียนรู้และฝึกฝนซ้ำๆ ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถ พัฒนาทักษะที่มั่นคง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

3. ทฤษฎีความคงทนของการเรียนรู้ (Retention theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการรักษาความรู้และทักษะที่ได้รับ ในระยะยาว โดยการให้พยาบาลวิชาชีพพบใหม่ทบทวนและทำซ้ำผ่านการดูวิดีโอหลายครั้ง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและการคงทนของความรู้ ซึ่งสามารถทดสอบได้ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 หลังจากการฝึกอบรม ซึ่งหากเป็นไปตาม ทฤษฎีสามารถพบได้ว่าคะแนนความรู้ในสัปดาห์ที่ 3 กับ สัปดาห์ที่ 7 จะไม่แตกต่างกัน หรือสามารถพบว่าความรู้ในสัปดาห์ที่ 7 สูงกว่าในสัปดาห์ที่ 3 เพราะการทบทวนทำซ้ำร่วมกับการดูวิดีโอส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังแผนภาพที่ 1 ดังนี้

โปรแกรมการพัฒนาทักษะการพยาบาลและความคงทนของความรู้เรื่องทวารเทียม

1. ทักษะการพยาบาลทวารเทียม และความรู้เรื่องทวารเทียมเป็นวิดิทัศน์ใน Rbh tube ใน Intranet ของโรงพยาบาล
 - 1.1 เรื่องโรคและพยาธิวิทยาที่ต้องมีทวารเทียม
 - 1.2 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม (Siting of the stoma)
 - 1.3 การพยาบาลหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม
 - 1.4 ภาวะแทรกซ้อนการเปิดทวารเทียม
 - 1.5 เตรียมความพร้อมและปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูร่างกายก่อนและหลังการผ่าตัด
 - 1.6 ทักษะการพยาบาลและการเลือกใช้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมผ่าตัด และทักษะการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม (Siting of the stoma)
2. ความคงทนของความรู้เรื่องทวารเทียม
 - 2.1 ทดสอบความรู้หลังได้รับโปรแกรมความรู้เรื่องทวารเทียมแล้ว 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3)
 - 2.2 ทดสอบความรู้หลังได้รับโปรแกรมความรู้เรื่องทวารเทียมแล้ว 6 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 7)

1. ทักษะการพยาบาลทวารเทียม
2. ความรู้เรื่องทวารเทียม
3. ความคงทนของความรู้เรื่องทวารเทียม

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และความคงทนของการเรียนรู้ในการพยาบาลทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ใน พ.ศ. 2564-2566 โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 202 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจบใหม่จำนวน 34 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชบุรีระหว่าง พ.ศ. 2564-2566 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากประชากรพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ในช่วงเวลาดังกล่าว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลนรีเวช กลุ่มงานการพยาบาลฟื้นฟู กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลราชบุรี พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดราชบุรี และ 2) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา (Part time)

เครื่องมือในการวิจัย

ขั้นตอนในการจัดทำเครื่องมือวิจัย

1. การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีทวารเทียม ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอล์บ (Kolb) การทบทวนทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) และทฤษฎีความคงทนของการ

เรียนรู้ (Retention theory) หลักฐานเชิงประจักษ์ และวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อออกแบบโปรแกรมตามกรอบแนวคิด โปรแกรมการพัฒนาทักษะการพยาบาล ทวารเทียม จัดทำเป็นวิดีโอแต่ละหัวข้อ จัดทำเป็น Rbh tube ซึ่งจัดทำร่วมกับนายแพทย์ผู้ผ่าตัดและให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และพยาบาลเฉพาะทาง ผู้ผ่านการอบรมการพยาบาลแผลและการขับถ่ายไม่ได้ โดยเฉพาะ ประกอบด้วย 6 หัวข้อ ได้แก่

1.1 เรื่องโรคและพยาธิวิทยาที่ต้องมีทวารเทียม

1.2 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม (Siting of the stoma)

1.3 การพยาบาลหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม

1.4 ภาวะแทรกซ้อนการเปิดทวารเทียม

1.5 การเตรียมความพร้อมและปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูร่างกายก่อนและหลังการผ่าตัด

1.6 ทักษะการพยาบาลและการเลือกใช้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียม

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ พยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 คน และพยาบาลปริญญาโทการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบความรู้ได้นำแบบทดสอบของแสงหล้า พลนอก (ม.ป.ป) มาประยุกต์ใช้ซึ่งเป็นแบบทดสอบถูก/ผิด 4 ตัวเลือก โดยนำมาหาค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80-1 และค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.66-1 นำไปใช้กับพยาบาลศัลยกรรมที่ต้องดูแลให้การพยาบาลผู้ที่มีทวารเทียม จำนวน 32 คน ก่อนจะนำไปใช้จริง มีจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) คำนวณโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.99

3. แบบประเมินทักษะการพยาบาลทวารเทียมที่จัดทำขึ้นเอง 1 ฉบับ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) คือ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นการ

เลือกใช้อุปกรณ์ทวารเทียมข้อ 1-ข้อ 7 และการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมข้อ 8-ข้อ 15 นำมาหาค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80-1 และค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.66-1 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) คำนวณโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.97

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยวาจา และอธิบายวัตถุประสงค์การเข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอนและการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาให้ทราบ และลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. เข้าร่วมโปรแกรมพร้อมกันตามกำหนดเวลานัดหมาย

3. ชี้แจงขั้นตอนในการทำการประเมินความรู้ และทักษะก่อนเข้ารับโปรแกรม (Pre-test) ด้วยแบบทดสอบความรู้เรื่องทวารเทียม จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินทักษะการพยาบาลทวารเทียม จำนวน 15 ข้อ โดยผ่าน Line google form

4. กลุ่มตัวอย่างรับชมวิดีโอ 6 หัวข้อเป็น Rbh tube อยู่ใน Intranet ของโรงพยาบาล และมีการทบทวนแต่ละหัวข้อเพื่อเพิ่มความเข้าใจโดยผู้วิจัย ใช้เวลาแต่ละหัวข้อๆ ละ 15 นาที โดยแบ่งช่วงเวลาดังนี้

4.1 เรื่องโรคและพยาธิวิทยาที่ต้องมีทวารเทียม เวลา 36 นาที

4.2 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม (Siting of the stoma) เวลา 24 นาที พักผ่อน 15 นาที

4.3 การพยาบาลหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม เวลา 11 นาที

4.4 ภาวะแทรกซ้อนการเปิดทวารเทียม เวลา 19 นาที

4.5 พักรับประทานอาหารกลางวัน

4.6 การเตรียมความพร้อมและปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูร่างกายก่อนและหลังการผ่าตัด เวลา 8 นาที



ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง พร้อมกัน ขณะดูวิดีโอ

4.7 ทักษะการพยาบาลและการเลือกใช้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียม เวลา 16 นาทีและทักษะการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม (Siting of the stoma) หลังดูวิดีโอให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองปฏิบัติจริงโดยจับคู่สลับกัน

5. ทำการประเมินความรู้และทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) ด้วยแบบทดสอบความรู้เรื่องทวารเทียม จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินทักษะการพยาบาลทวารเทียม จำนวน 15 ข้อ ในสัปดาห์ที่ 1 โดยผ่าน Line google form

6. ติดตามความคืบหน้าของการเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 ของการเข้าโปรแกรมด้วย Post-test ความรู้ซ้ำด้วยแบบทดสอบความรู้เรื่องทวารเทียม จำนวน 20 ข้อ โดยผ่าน Line google form แล้วจึงสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี หมายเลข CQA-RBHEC 017/2024 เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิภาพ โดยมีการดำเนินการดังนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อหน้าที่หรือสิทธิในการทำงาน ข้อมูลทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและไม่ระบุตัวตนของผู้เข้าร่วม และจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูล ทันทีหลังจากการรายงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การเตรียมข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม รวมถึงการทดสอบความคงทนในสัปดาห์ที่ 3 และ

สัปดาห์ที่ 7 จะถูกตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนการวิเคราะห์ เพื่อลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะถูกใช้ในการอธิบาย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ประสบการณ์ในการพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้เห็นถึงคุณลักษณะ พื้นฐานของพยาบาลจบใหม่ที่เข้าร่วมการวิจัย

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และทักษะการพยาบาลทวารเทียมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อวิเคราะห์ว่าคะแนนความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ หากพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จะสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมมีผลต่อการเพิ่มความรู้ และทักษะ

4. การวิเคราะห์ความคงทนของความรู้ เพื่อประเมินความคงทนของความรู้หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม สถิติ Repeated measure ANOVA จะถูกนำมาใช้เพื่อ เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 กับคะแนนในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อดูว่าระดับความรู้ ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และความรู้ในสัปดาห์ที่ 7 สูงขึ้นมากกว่าสัปดาห์ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่แตกต่างกัน ซึ่งจะสรุปได้ว่าความรู้มีความคงทนในระยะเวลาที่วัดระหว่างสองสัปดาห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ จำนวน 34 คน โดยในจำนวนนี้เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97 เป็นเพศชาย ร้อยละ 3 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 22 ปี และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลทวารเทียมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ร้อยละ 9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องทวารเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ (n=34)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-11 คะแนน)	19	56.88	0	0.00
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	15	44.12	5	14.71
ดี (16-20 คะแนน)	0	0.00	29	85.29
รวม	34	100.00	34	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรม พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องทวารเทียม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.88 รองลงมา มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.12 หลังจากเข้ารับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.29

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ (n=34)

คะแนนความรู้	ก่อนเข้าร่วม M ± SD	หลังเข้าร่วม M ± SD	t	p-value
ความรู้เรื่องทวารเทียม	11.41 ± 2.73	17.32 ± 1.79	-11.87	≤.000

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องทวารเทียมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์ผลด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยค่าเฉลี่ย

คะแนนความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ 11.41±2.73 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ 17.32±1.79 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาทักษะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วยเพิ่มพูนความรู้ในเรื่องทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลการวิเคราะห์ความคงทนของความรู้ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 (ตารางที่ 3, 4, และ 5)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 1 กับความรู้หลังเข้ารับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 3 และความรู้หลังเข้ารับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 7 (n=34)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ยของความรู้
หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1	17.32
หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 3	16.65
หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 7	17.65

จากตารางที่ 3 พบว่าความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 1 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 17.32 สัปดาห์ที่ 3 ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 16.65 และสัปดาห์ที่ 7 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.65 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าลดลงเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 3 และเพิ่มขึ้นอีกในสัปดาห์ที่ 7 จึงได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบผลดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 การทดสอบความคงทนของความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 1 กับความรู้หลังเข้ารับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 3 และความรู้หลังเข้ารับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 7 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) (n=34)

การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ	SS	df	MS	F	p-value
Intercept	33768.01	1	33768.01	4543.84	0.000
Error test	245.24	33	7.43		

จากตารางที่ 4 พบว่าการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA, Greenhouse-GeisserEpsilon = 0.83) พบว่าความคงทนของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $F=4543.84, p<.001$

ตารางที่ 5 ผลต่างของค่าเฉลี่ยตามช่วงเวลาของความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 1 กับความรู้หลังเข้ารับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 3 และความรู้หลังเข้ารับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 7 (n=34)

ช่วงเวลา	MD (Mean Dif.)	SE (Std. Error)	p-value
สัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 3	.676	0.432	0.127
สัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 7	-.324	0.424	0.451
สัปดาห์ที่ 3 กับสัปดาห์ที่ 7	-1.000*	0.491	0.050

จากตารางที่ 5 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยตามช่วงเวลาของความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ ช่วงเวลาสัปดาห์ที่ 1 กับ 3 และสัปดาห์ที่ 1 กับ 7 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p>.05$ แต่ในสัปดาห์ที่ 3 กับ 7 พบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างสองสัปดาห์นี้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสัปดาห์ที่ 7 มากกว่า สัปดาห์ที่ 3 (MD = -1.000) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้ยังคงอยู่จนถึงสัปดาห์ที่ 7

4. ผลการเปรียบเทียบทักษะการพยาบาลทวารเทียมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการประเมินทักษะการพยาบาลพบว่า ทักษะการดูแลทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($p\text{-value} < 0.001$) โดย

ค่าเฉลี่ยทักษะโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ ร้อยละ 22.94 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ร้อยละ 100.00 ($t = -54.76, p = 0.000$) ทั้งนี้ทักษะการเลือกใช้อุปกรณ์ทวารเทียมและการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าร้อยละ เพิ่มขึ้นเช่นกัน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบทักษะการพยาบาลและการเลือกใช้อุปกรณ์สำหรับทวารเทียมและทักษะการกำหนดตำแหน่งทวารเทียม (Siting of the stoma) ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม

ทักษะการพยาบาล	ก่อนเข้ารับ โปรแกรม (ร้อยละ)	หลังเข้ารับ โปรแกรม (ร้อยละ)	t	p-value
การกำหนดตำแหน่งทวารเทียมถูกต้อง	26.04	100.00	-37.89	0.000
การเลือกใช้อุปกรณ์ทวารเทียมถูกต้อง	19.85	100.00	-43.62	0.000
ทักษะโดยรวม	22.94	100.00	-54.76	0.000

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาทักษะการพยาบาลทวารเทียมและความคงทนของการเรียนรู้เรื่องทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี ภายหลังเข้ารับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 พบว่าความรู้เรื่องทวารเทียมหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มีความคงทนของความรู้เรื่องทวารเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และมีความคงทนของความรู้เมื่อเวลาผ่านไปหลังเข้ารับโปรแกรม 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3) มากกว่าร้อยละ 83.52 มีความคงทนของความรู้เรื่องทวารเทียมเมื่อเวลาผ่านไปหลังเข้ารับโปรแกรม 6 สัปดาห์ หรือระยะห่างจากการทดสอบความรู้และทักษะในสัปดาห์ที่ 2 คือ ห่างกัน 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 7) มากกว่าร้อยละ 88.25 ทักษะการพยาบาลทวารเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการพยาบาลและความคงทนของการเรียนรู้เรื่องทวาร

เทียมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ภายหลังเข้ารับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 พบว่าเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 100 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ก็ปรากฏได้ว่า

การพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาทักษะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการพยาบาลทวารเทียมของพยาบาลจบใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การพัฒนานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอลบ (Kolb) ที่เน้นการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติและการทบทวน พยาบาลได้ใช้การดูวิดีโอและฝึกทบทวนทักษะที่สำคัญ ทำให้เกิดการจดจำและเข้าใจเนื้อหาการดูแลทวารเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบว่าสื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ และ Brown, Roediger & McDaniel (2020) ได้กล่าวว่า โปรแกรมจำลองช่วย

ให้ผู้เข้ารับโปรแกรมสามารถเรียนรู้ผ่านการเห็นและการฟัง ทำให้สามารถจดจำเนื้อหาได้ดีขึ้นและเพิ่มความเข้าใจในทักษะการพยาบาลทวารเทียม การทบทวนเนื้อหาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทำให้ผู้เข้ารับโปรแกรมสามารถทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลาที่ต้องการ สะดวก ใช้งานง่าย (นุชนาฏ สุทธิ และณัฏฐา เจียรนิลกุลชัย, 2562) ส่งผลให้การเรียนรู้มีความต่อเนื่องและไม่ถูกจำกัดโดยเวลา สื่อวีดิทัศน์สามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้ดีเนื่องจากมีภาพและเสียงที่น่าสนใจ ทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้มากขึ้น (สุจินดา ลดาสุนทร นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และสุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม, 2561) การใช้สื่อวีดิทัศน์ที่มีการสาธิตขั้นตอนการดูแลทวารเทียมโดยจัดทำเป็นตอนย่อยๆ ตอนละ 15-20 นาที เพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย ช่วยให้ผู้ชมวีดิโอสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย (Roediger & Butler, 2011) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ยังขาดประสบการณ์ตรงในการให้การพยาบาลทวารเทียม เนื่องจากสื่อช่วยให้สามารถทบทวนเนื้อหาและฝึกปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

ความคงทนของความรู้ในระยะยาว

ผลการทดสอบความคงทนของความรู้ในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลยังคงรักษาความรู้ และทักษะที่ได้เรียนรู้ไว้ในระดับสูง โดยไม่มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากสัปดาห์ที่ 1 สิ่งนี้สะท้อนถึงประสิทธิผลของการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการส่งเสริมการจดจำและความเข้าใจในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความคงทนของการเรียนรู้ (Retention theory) ที่ระบุว่าการเรียนรู้ซ้ำและการทบทวนเนื้อหาผ่านสื่อหลากหลายรูปแบบช่วยให้ผู้เรียนสามารถรักษาความรู้และทักษะในระยะยาวได้ดีขึ้น (Brown, Roediger & McDaniel, 2020) ปัจจัยที่มีผลต่อความจำในด้านของความใส่ใจและแรงจูงใจว่า หากบุคคลมีความใส่ใจในเรื่องใดมากเป็นพิเศษมักจะมี ความจดจ่อหรือเอาใจใส่ ในเรื่องนั้นมากซึ่งจะส่งผลให้สามารถนำความจำด้านการรู้สึกสัมผัสไปสู่ความจำระยะสั้นและส่งต่อไป บันทึกในความจำระยะยาวได้ (วรรณิ ลิ้มอักษร, 2546 อ่างโนนรามา อาลี, 2559)

งานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงวิธีการต่าง ๆ ที่สามารถช่วยเพิ่มความคงทนของความรู้ได้ เช่น การใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอน การฝึกทักษะผ่านแบบจำลอง และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สาเหตุที่การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มีประสิทธิภาพเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวก สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น วีดิทัศน์และแอปพลิเคชัน สามารถเข้าถึงได้ง่ายผ่านอุปกรณ์ต่างๆ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา (สุจินดา ลดาสุนทร นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และสุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม, 2561)

ความเชื่อมั่นในตนเองและการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

การใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) ทำให้โปรแกรมนี้ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของพยาบาลจบใหม่ในการปฏิบัติงานได้จริง การเพิ่มพูนทักษะและความมั่นใจ จะช่วยให้พยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทวารเทียมได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสนับสนุนการให้บริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมเสีหา (2562) ศึกษาวิจัยเรื่องทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้บุคคล สามารถบรรลุ ในพฤติกรรมที่คาดหวังได้ ผ่านแรงจูงใจ การรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรับรู้ของบุคคล ในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และยังใช้เป็นปัจจัยหนึ่งที่อธิบายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงก็ จะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม วีรณช เจียมบุญศรี จุฑามาต แก้วจันดี และมนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล (2566) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ที่มีทวารเทียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ สรุปได้ว่า โปรแกรมฯ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. สร้างสื่อการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ เช่น วิดีโอ การสอน โมดูลออนไลน์ และแอปพลิเคชันมือถือ

เพื่อให้ผู้ที่มีทวารเทียม ผู้ดูแล และพยาบาลผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลา

2. จัดการฝึกอบรมและการประเมินผลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ที่มีทวารเทียม ผู้ดูแล และพยาบาล ผู้ให้บริการมีความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง

3. ติดตามและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ที่มีทวารเทียม ผู้ดูแล และพยาบาลผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงและพัฒนาสื่อการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาระบบในการพยาบาลทวารเทียมเพื่อใช้ประกอบการให้การพยาบาลทวารเทียมทุกขั้นตอนจนจำหน่าย เพื่อใช้ในการพยาบาลอย่างครบกระบวนการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่ดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข สถิติสรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2560. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2560. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/04/ill_2560_full.pdf
- นุชนาฏ สุทธิ และณัฐธชา เจียรนิลกุลชัย. (2562). การออกแบบและพัฒนาแบบจำลองทวารเทียมสำหรับฝึกทักษะหัตถการดูแลทวารเทียม. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 25(2), 227-241.
- นุรมา อาลี. (2559). ผลการจัดการเรียนรู้แบบ 4 MAT ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนความคงทนในการเรียนรู้และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58-65.
- โรงพยาบาลราชบุรี. (2567). *ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลราชบุรี ปี 2562*. โรงพยาบาลราชบุรี
- วีรณัฐ เจริญบุญศรี, จุฑามาศ แก้วจันดี, และมนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล. (2566) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียม. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 7(1), 80-90.
- สุจินดา ลดาสุนทร, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2561). ผลของโปรแกรมการสื่อวิถีทัศน์ช่วยสอนต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่. *Rama Nurs J*, 25(1), 43-57.



แสงหล้า พลนอก (ม.ป.ป.). แบบทดสอบความรู้ทวารเทียม [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Brown, P. C., Roediger, H. L., & McDaniel, M. A. (2020). *Make it stick: The science of successful learning*. Harvard University Press.

Roediger, H. L., & Butler, A. C. (2011). The critical role of retrieval practice in long-term retention. *Trends Cogn Sci*, 15(1), 20-7. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.09.003>

World Health Organization. (2014). *Overview; Self-care for health and well-being*. https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรมของชนเผ่าพื้นเมือง ในภาคเหนือของประเทศไทย*

ประกาย จิโรจน์กุล** พูนพิลาศ โจนสุพจน์***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม เกี่ยวกับแบบแผนการเลือกอาหาร การเตรียม การปรุง และพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่เป็นชนเผ่าพื้นเมืองในภาคเหนือของประเทศไทย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นชนเผ่าพื้นเมืองที่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน จำนวน 20 คน ศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยจัดกลุ่มของข้อมูลตามคำ หรือประเด็นที่สนใจตีความหมาย และสรุปประเด็นหลักที่ได้

ผลการวิจัย พฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรมของชนเผ่าพื้นเมืองทั้ง 5 ชนเผ่า มี 7 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความหมายของอาหารที่ดี อาหารที่นิยมรับประทาน วิธีการปรุงอาหารและเครื่องปรุงหลัก การปรับตัวในการรับประทานอาหารเมื่อต้องออกไปทำงานนอกบ้าน อาหารของคนรุ่นใหม่ อาหารที่มีข้อห้าม และขนมและของหวาน

สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาแสดงถึงความคล้ายคลึง และความแตกต่างในพฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรมของชนเผ่าพื้นเมืองแต่ละเผ่า และสะท้อนถึงอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือผสมผสานทางวัฒนธรรม ในด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อันจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพของชนเผ่าพื้นเมืองโดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ และมีข้อเสนอแนะให้มีการธำรงรักษาวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารของชนเผ่าพื้นเมือง ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ที่เหมาะสม ในการเลือกอาหารสมัยใหม่ตามวิถีชีวิตของสังคมเมือง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม, ชนเผ่าพื้นเมือง, ผู้ใหญ่วัยกลางคน, การยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือผสมผสานทางวัฒนธรรม

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568 หน้า 34-50

* ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเนชั่น

** รองศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น วิทยาเขตเชียงใหม่

*** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น วิทยาเขตเชียงใหม่ Corresponding author, e-mail: poonpilat_roj@nation.ac.th
Tel. 089-5555184

วันที่รับบทความ: 10 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 พฤษภาคม 2568, วันที่ตอบรับบทความ: 30 พฤษภาคม 2568



Cultural Dietary Habits of Indigenous People in the North of Thailand*

Pragai Jirojanakul**, Poonpilat Rojanasupot***

Abstract

Purpose: to explore the cultural dietary habits on patterns of food selection, preparation, and consumption of indigenous people who were middle-aged adults living in the north of Thailand.

Design: A qualitative research design

Method: Data were collected by in-depth interviews and focused group discussion using semi-structured interview questions during November to December 2024. There were 20 key informants from five selected indigenous people included Karen, Hmong, Tai Lue, Shan (Tai-Yai) and Tai-Yong. Data were analyzed by content analysis using summative approach.

Main findings: The cultural food consumption behaviors of the five indigenous tribes included seven themes consisted of the definition of good food, commonly eaten food, cooking methods and main ingredients, adjusting diet when working outside the house, the food for a new generation, and food taboos, and desserts.

Conclusion and recommendations: It could be summarized that there were some similarities and differences in cultural dietary habits of those five indigenous people. The results also reflected the influences of social and economic changes to the acculturation on dietary habits of the indigenous people which would affect their health status especially the younger generation in the future. It was suggested that the traditional food of the indigenous people should be preserved and health education about how to choose proper modern foods according to urban lifestyle should also provide.

Keywords: Cultural dietary habits, Indigenous people, Middle aged adults, Acculturation

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2025, 12(1), 34-50

* Received funding from Nation University

** Associate Professor, Instructor, Faculty of Nursing Chiangmai, Nation University

*** Instructor, Faculty of Nursing Chiangmai, Nation University, Corresponding author, e-mail: poonpilat_roj@nation.ac.th
Tel. 089-5555184

Received: 10 March 2025, Revised: 20 May 2025, Accepted: 30 May 2025

ความสำคัญของการศึกษาปัญหาการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม (Cultural dietary habits) หมายถึง แบบแผนการเลือกอาหาร การเตรียม การปรุง และพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ที่ได้รับอิทธิพลมาจาก ขนบธรรมเนียม ความเชื่อทางศาสนา บรรทัดฐานทางสังคมของบุคคล หรือคนกลุ่มนั้น ทำให้เขาเลือกจะรับประทานอะไร อย่างไร กับใคร และเมื่อไหร่ (Kittler, Sucher, & Nahikian-Nelms, 2016; United Nations Children's Fund [UNICEF], 2021) เป็นสิ่งที่ฝังรากลึกในบริบท และอัตลักษณ์ เชิงวัฒนธรรมของคนกลุ่มนั้น และส่งต่อไปยังรุ่นลูกหลาน (Rozin, 2005) มีหลักฐานงานวิจัย ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในบุคคลวัยผู้ใหญ่ในหลายช่องทาง เช่น อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง โซเดียมสูง อาหารที่มีการเติมน้ำตาล ซึ่งพบในอาหารเชิงวัฒนธรรมของคนบางกลุ่ม มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในทำนองเดียวกัน อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตที่มีการขัดสี มีกากใยน้อย ที่เป็นที่ยิยมในคนบางกลุ่ม ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคอ้วน (Kapur & Dunning, 2008; Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012; Sun, Buys & Shen, 2013; Iriti, Varoni & Vitalini, 2020)

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในผู้ใหญ่วัยกลางคนแต่ละบุคคล เป็นเรื่องที่ซับซ้อน และมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ระดับของการยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือผสมผสานทางวัฒนธรรม (Acculturation level) ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากกรรมพันธุ์ เป็นต้น มากยิ่งกว่านั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม ยังอาจได้รับปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น การมีกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน

การศึกษาวิจัยในโครงการนี้ มุ่งศึกษาในชนเผ่าพื้นเมือง (Indigenous people) ของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ มากกว่า 70 กลุ่ม หรือประมาณ 6.1 ล้านคน เฉพาะที่ขึ้นทะเบียนกับสภามชนเผ่าพื้นเมืองประเทศไทย มี 42 กลุ่มชาติพันธุ์ คือ กะเหรี่ยง กะเลิง กูย ขมุ คะฉิ่น ของ โซ่ทะวี่ง ญ้อ ญ้อกูร ดาราอาง ไตหย่า ถิ่น ไทเขิน/ไทขิ่น ไทพวน ไทยวน ไทยอง ไทลื้อ ไทใหญ่ บรู บีซู ปลัง ภูไท ม้ง มานิ มลาบรี เมี่ยน มอญ มอแกน มอแกน ไย้ ลเวีอะ (ลัวะ) ลาหู่ ลาวคั้ง ลาวเงี้ยว ลาวโซ่ง (ไทยดำ) ลาวเวียง ลีซู แสก (แตรก) โส้ (โทร) อาข่า อิมปี อูรักลาโว้ย (คีรีธร สุขบท และกษิพัฒน์ ถัดตามฉวีโรจน์, 2564) ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกจากชนเผ่าพื้นเมืองที่อาศัยในภาคเหนือของประเทศไทย มีจำนวน และเป็นที่ยังคงมากที่สุด 5 กลุ่มชาติพันธุ์ คือ กะเหรี่ยง หรือปกาเกอญอ ม้ง ไทใหญ่ ไทลื้อ และไทยอง

ชนเผ่าพื้นเมือง มีบรรพบุรุษที่ได้อพยพมาตั้งถิ่นฐานตามพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศไทย ส่วนใหญ่อยู่ในตอนเหนือของประเทศ โดยประวัติศาสตร์แล้วมีความแตกต่างไปจากภาคส่วนอื่น ๆ ของสังคม มีวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี และภาษาสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น มีวิถีการดำเนินชีวิตที่ใกล้ชิดกับธรรมชาติ แต่เนื่องจากความเจริญของการคมนาคมขนส่ง การติดต่อสื่อสาร และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม ทำให้ชนเผ่าพื้นเมืองมีการอพยพเข้ามาทำงาน และอาศัยอยู่กับคนไทยในพื้นที่ และอาจมีข้อจำกัดในการรักษาประเพณีวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง



วัฒนธรรมการบริโภคอาหาร มีการยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือผสมผสานทางวัฒนธรรม (Acculturation) กับคนไทยในพื้นที่ หรือแม้แต่วัฒนธรรมตะวันตกที่พบได้ทั่วไป โดยเฉพาะในเขตเมือง

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม และเป็นฐานในการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคม และการจัดกลุ่มของตนเอง (Social identity theory and Self-categorization theory) อธิบายว่าผู้คนมีการจัดกลุ่มของตนเองว่า อยู่ในกลุ่มไหนของสังคม เช่น เป็นคนชนชาติไหน เป็นคนภาคไหน เพศสภาพอะไร ช่วยให้เราเข้าใจถึงอิทธิพลของสมาชิกกลุ่ม ต่อการแสดงพฤติกรรมระหว่างกลุ่ม หรือต่ออัตมโนทัศน์ของปัจเจกบุคคลในกลุ่มนั้น ๆ และช่วยชี้ให้เห็นว่าอาหารเป็นได้ทั้งสิ่งบ่งบอกอัตลักษณ์ (Marker of identity) และสิ่งที่ใช้แยกความแตกต่างทางสังคมของบุคคล หรือกลุ่มคน (Hornsey, 2008; LeOn, 2023) และทฤษฎีโลกาภิวัตน์ (Globalization theory) ซึ่งอธิบายถึงการที่คนในโลกนี้มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และต้องพึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น (Robertson, 1992; Mehta, 2018) ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน ผสมผสาน และความกลมกลืนทางวัฒนธรรม อันรวมถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคเชิงวัฒนธรรมด้วย การใช้ทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคม และการจัดกลุ่มของตนเอง และทฤษฎีโลกาภิวัตน์ ร่วมกันในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคเชิงวัฒนธรรม จะทำให้สามารถเข้าใจได้ลึกซึ้งว่ากระแสของโลกาภิวัตน์ และอัตลักษณ์ทางสังคมมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไร และปรับเปลี่ยนรูปแบบของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชนเผ่าพื้นเมืองในภาคเหนือของประเทศไทยอย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาโรคเรื้อรัง และพฤติกรรมด้านสุขภาพในชนเผ่าพื้นเมืองบางกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น

อนุชา รักสนิธิ (ม.ป.ป.) ได้ศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พ.ม.พ.) และหมู่บ้านยามชายแดน จำนวน 48 หมู่บ้าน ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และตาก ณัฏฐริญา จิตจักร (2562) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ของชาวเผ่าปกาเกอะญอ ทักษิณจิระธรรม, กิณภัทณ คุ่มเนตร และพิชญ์รักษ์ กันทวี (2561) ได้ศึกษาความเชื่อ และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง แต่ไม่พบการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม และการศึกษาในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารกับปัญหาสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนแรกของการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม และการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชนเผ่าพื้นเมือง ที่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนในประเทศไทย ดังนั้น ผลจากการศึกษานี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญให้เข้าใจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม และปัจจัยที่อยู่เบื้องหลังของพฤติกรรมกรรมการบริโภค ของชนเผ่าพื้นเมือง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น วิทยาเขตเชียงใหม่ ซึ่งตั้งอยู่ทางตอนเหนือของประเทศไทย มีบทบาทในการบูรณาการการผลิตบัณฑิตพยาบาลกับการให้บริการทางวิชาการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในภาคเหนือ ที่มีชนเผ่าพื้นเมืองกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ อาศัยอยู่จำนวนมาก ประกอบกับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรมของประชาชนกลุ่มเหล่านี้ยังมีจำกัด คณะพยาบาลศาสตร์จึงต้องการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรมของชนเผ่าพื้นเมืองทางภาคเหนือ

เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม เกี่ยวกับแบบแผนการเลือกอาหาร การเตรียม การปรุง และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่เป็ นชนเผ่าพื้นเมืองในภาคเหนือของประเทศไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research design) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group interview) ขอบเขตพื้นที่การศึกษา เฉพาะภาคเหนือของประเทศไทยที่มีชนเผ่าพื้นเมืองอาศัยอยู่มาก และเลือกเจาะจงศึกษาในพื้นที่ หรือชุมชนที่มี 5 กลุ่มชาติพันธุ์ คือ กะเหรี่ยง หรือปกาเกอญอ ม้ง ไทใหญ่ ไทลื้อ และไทยอง อาศัยอยู่ดังนี้ 1) ชุมชนกะเหรี่ยง และม้ง อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน 2) ชุมชนไทใหญ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 3) ชุมชนไทลื้อ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน และ 4) ชุมชนไทยอง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือ ชนเผ่าพื้นเมืองที่อาศัยในประเทศไทย ที่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนมีอายุระหว่าง 35 ปี ถึง 60 ปี ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่ชัด แต่จากข้อมูลระบุว่า มีชนเผ่าพื้นเมืองที่อาศัยในประเทศไทย ประมาณ 6.1 ล้านคน (ศศิธร สุขบท และกษิพัฒน์ ลัดตามณีโรจน์, 2564) และประชากรที่เข้าถึงได้ (Approached population) คือ ชนเผ่าพื้นเมืองที่อาศัยในภาคเหนือของประเทศไทย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ชนเผ่าพื้นเมืองที่อาศัยในภาคเหนือของประเทศไทยอย่างน้อย 5 ปี ที่เป็นผู้ใหญ่

วัยกลางคน อายุระหว่าง 35 ปี ถึง 60 ปี โดยเลือกจากกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีจำนวน และเป็นที่รู้จักมากที่สุด 5 กลุ่มชาติพันธุ์ คือ กะเหรี่ยง หรือปกาเกอญอ ม้ง ไทใหญ่ ไทลื้อ และไทยอง สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ใช้วิธีเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้นำหรือผู้ที่ประชาชนในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันนับถือ เป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในวัฒนธรรม โดยเฉพาะวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร ยังออกไปทำงานนอกบ้าน หรือในสวนในไร่เป็นปกติ สามารถฟัง และพูดภาษาไทยได้ (อาจเป็นภาษาเหนือ หรือภาษาไทยภาคกลางก็ได้) และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม กลุ่มชาติพันธุ์ละ 1 กลุ่ม จำนวนผู้เข้าร่วม 3-5 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มชาติพันธุ์ละ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 7 ข้อ และ 5 ข้อ ตามลำดับ ที่มีคำถามสอดคล้องกัน สอบถามเกี่ยวกับการจัดหาวัตถุดิบ การปรุงอาหาร และการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรม ความเชื่อของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ สภาพการทำงาน หรือการใช้ชีวิตในปัจจุบันที่มีผลต่อการเข้าถึงอาหารเหล่านั้น และวิธีการแก้ปัญหา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผ่านผู้นำชุมชน นัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล และเดินทางไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง สถานที่ในการสัมภาษณ์ เป็นบริเวณ วัด โรงเรียน หรือสถานที่พักผ่อน ที่มีความเงียบสงบ ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้จัก คั่นเคยเป็นอย่างดี โดย

ผู้นำชุมชน หรือ ผู้ประสานงานในพื้นที่เป็นผู้จัดเตรียมสถานที่ ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเดินทางไปถึงก่อนเวลานัด จัดเตรียมอาหารว่างเพื่อรับรอง ให้การต้อนรับ สร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก หลังจากนั้นจึงดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ซึ่งอาจเป็นช่วงเวลา เช้า บ่าย หรือ วันอื่น ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดำเนินการเก็บข้อมูล

ระหว่างวันที่ 20 พฤศจิกายน - 26 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ตามแผนที่วางไว้ ยกเว้น กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ที่ผู้ให้สัมภาษณ์กลุ่มจำเป็นต้องออกไปรับจ้างในวันที้นัดหมาย จึงมีผู้ให้ข้อมูลหลักเพียง 1 คน ซึ่งมีความรอบรู้ในวัฒนธรรมของชาวม้งเป็นอย่างดี สามารถให้ข้อมูลได้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงตัดสินใจคงกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

กลุ่มชาติพันธุ์	การสัมภาษณ์เชิงลึก	การสนทนากลุ่ม	รวม
ไทใหญ่	1 คน - เพศหญิง	4 คน - เพศหญิง	5 คน
กะเหรี่ยง	1 คน - เพศหญิง	3 คน - เพศหญิง 2, เพศชาย 1	4 คน
ม้ง	1 คน - เพศชาย	-	1 คน
ไทลื้อ	1 คน - เพศหญิง	4 คน - เพศหญิง	5 คน
ไทยอง	1 คน - เพศหญิง	4 คน - เพศหญิง	5 คน
รวม	5 คน	15 คน	20 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเนชั่น เอกสารรับรองที่ มนช.จร.1-055/2567 ลงวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้มีการแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และรายละเอียดของการวิจัย ขอความยินยอมในการเป็นผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตจัดบันทึกข้อมูล และบันทึกเทปคำสัมภาษณ์ตลอดการสนทนา ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย มีสิทธิยุติการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลได้ลงลายมือชื่อให้ความยินยอม หรือประทับลายนิ้วมือเป็นหลักฐานทุกคน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis using summative approach) โดยจัดกลุ่มของข้อมูลตามคำ หรือประเด็นที่สนใจ ตีความหมาย และสรุปประเด็นหลักที่ได้ (Hsieh & Shannon, 2005) โดยสรุปได้ประเด็นหลัก 7 ประเด็น เกี่ยวกับความหมายของอาหารที่ดี อาหารที่นิยมรับประทาน วิธีการในการปรุงอาหารและเครื่องปรุงหลัก การปรับตัวในการรับประทานอาหารเมื่อต้องออกไปทำงาน นอกบ้าน อาหารของคนรุ่นใหม่ อาหารที่มีข้อห้าม และขนมและของหวาน

กระบวนการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีกระบวนการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตั้งแต่การออกแบบคำถามสำหรับ

การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มให้สอดคล้องกัน แต่จัดลำดับ และความต่อเนื่องต่างกัน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่ได้ ในระหว่างที่เก็บข้อมูลมีผู้ประสานงานในพื้นที่ช่วยแปลคำศัพท์เฉพาะที่เป็นภาษาของชนเผ่า หรือทำให้เกิดความกระจ่างในความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการสื่อ มีการใช้คำถามเจาะลึก (Probing) และคำถามทวนสอบคำตอบภายในกลุ่มเดียวกัน และระหว่างกลุ่มจนกระทั่งข้อมูลในแต่ละชนเผ่ามีความอิ่มตัว ไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติม จึงยุติการสัมภาษณ์ นอกจากนั้น ในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทั้งสองคนจะอ่านคำสัมภาษณ์หลาย ๆ ครั้ง เพื่อจัดกลุ่มข้อมูลตามคำหรือประเด็นที่สนใจ หากพบคำ หรือข้อมูลที่ไม่แน่ใจ จะมีการศึกษาเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อยืนยันความถูกต้อง และนำมาพิจารณาร่วมกัน เพื่อตีความหมาย และสรุปประเด็นหลักที่ได้

ผลการวิจัย

ประเด็นหลักที่หนึ่ง: ความหมายของอาหารที่ดี

ทั้ง 5 ชนเผ่าให้นิยามอาหารที่ดี ใกล้เคียง และสอดคล้องกันว่า อาหารที่ดี คืออาหารที่ใช้วัตถุดิบจากธรรมชาติ นำมาปรุงแบบง่าย ๆ มีส่วนประกอบหลัก คือ ผักที่ปลูกสำหรับรับประทานเอง หรือผักตามฤดูกาลที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ

ชนเผ่าไทใหญ่ “อาหารที่ดี จะเป็นอาหารที่ทำจากผักที่ปลูกเองตามธรรมชาติ ปลอดภัย ผักตามฤดูกาล”

กะเหรี่ยง “แกงมัน ใส่พริกใส่เกลือ และต้มจัดผักกาดแห้ง ซึ่งผักกาดเราจะแยกปลูกเองไว้ทานตลอดปี เามาตากให้แห้ง”

ชาวม้ง “เราปลูกพืชหลายชนิด ทั้งมะเขือเทศ กะหล่ำปลี แตง มะเขือม่วง พริก ข้าวโพด สำหรับขาย

แต่เราจะทานเฉพาะผักที่ปลูกไว้สำหรับกินเองเท่านั้น ซึ่งไม่ได้ใช้ยาฆ่าแมลง”

ไทลื้อ “เป็นอาหารที่มีความสด ใช้ผักตามรั้วบ้าน ที่เรียกว่า ผักไม่ใช้เครือ หรือ ขอบฮั่วขอบฮาว จะเห็นว่าคนรุ่นเก่าอายุยืนเพราะกินผักสด อาหารสด ตั้งแต่เด็ก ผู้สูงอายุในหมู่บ้านจะแข็งแรง”

ไทยอง “พวกผักกริมรั้ว ยอดฟักทอง ผักโขม”

ประเด็นหลักที่สอง: อาหารที่นิยมรับประทาน

อาหารที่ทุกชนเผ่าชอบรับประทานเหมือนกัน คือ แกงผักกาด จอผักกาด และแกงผักอื่น ๆ ที่ขึ้นเองหรือปลูกเองในบ้าน เรียกว่า “ขอบฮั่วขอบฮาว” หมายถึง ผักตามรั้วตามราว” หรือ “ผักไม่ใช้เครือ” เช่น ผักแคบ (ผักตำลึง) ผักแค ผักปิ้ง เามาแกง จอ หรือ ยำ แต่มีรายละเอียดของอาหารที่นิยมรับประทานแตกต่างกันดังนี้

ชนเผ่าไทใหญ่ นิยมรับประทาน แกงผักกาด จอผักกาด แกงผักเสี้ยว ผักหวาน ผักแคบ แกงขนุน หัวปลี ถั่วฝักยาว ถั่วลันเตา หรือผักอะไรก็ได้ แกงใส่ถั่วเน่า แต่มีความแตกต่างกันบ้าง ระหว่างคนที่มีความรู้ดี กับคนไทใหญ่ทั่วไป เช่น “เวลาทำงานถ้าเป็นงานศพคนที่รวยจริง ๆ เขาก็จะมีแกงฮังเล จอผักกาด แล้วก็ยำผัก ยำผักนี้ก็จะเป็ดยำผักกาดดองก็ได้ ยำกระหล่ำหัวก็ได้แบบนี้ ยำใส่ขมิ้นเส้นแบบนี้ แต่คนที่พอมีพอกิน เขาก็จะเลี้ยงแกงผักรวม น้ำพริกอ่อน” การประกอบอาหารในครัวเรือนจะใช้ผักจากที่ปลูกเอง หรือผักตามฤดูกาลที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ แต่เวลาในงาน เช่น งานศพ ต้องใช้ผักเป็นจำนวนมาก “เราก็จะซื้อจากตลาด เราก็จะแช่ และล้างน้ำให้สะอาดเสียก่อน”

ชนเผ่ากะเหรี่ยง นิยมรับประทาน ข้าว เบือะ (คล้ายข้าวต้มใส่หมูปด/หรือกระดูกหมูย่าง ผักอีหรือ ตะไคร้ ขมิ้น ขิง ข่า เชื่อว่ากินแล้วอายุยืน)

แกงผักกาด **แกงมัน** (ใช้มันกะเหรี่ยง สีม่วง ใส่หมูปรุงด้วยพริก เกลือ ผงชูรส ต้นหอม ผักชี) ต้มจัดผักกาดแห้ง ซึ่งผักกาดปลูกเองแล้วตากให้แห้ง **น้ำพริกใส่มะเขือเทศ ทานกับผักลวก** (ผักจะปลูกเองในสวน เช่น ผักกวางตุ้ง ถั่ว มะเขือ) อาหารมื้อเช้ากลางวัน หรือเย็น จะไม่แตกต่างกัน บางวันทำครั้งเดียว สามารถเก็บไว้รับประทานได้ทั้งวัน อาหารในโอกาสพิเศษ เช่น งานแต่งงาน งานมัดมือ (เป็นพิธีที่ชาวกะเหรี่ยงมากินข้าวด้วยกันในชุมชน หมู่ญาติ หรือเพื่อน จะทำเมื่อเก็บเกี่ยวข้าวเสร็จ) ก็เหมือนอาหารที่รับประทานตามปกติ

ชนเผ่าม้ง นิยมรับประทาน**ต้มผักกาด** โดยเอาน้ำมันคั่วร้อน ๆ ใส่ไข่ และผัก ใส่หมู รสชาติจัด ๆ สามารถเปลี่ยนจากผักกาด เป็นผักอื่น ๆ ตามฤดูกาล เช่น ถั่ว ยอดฟักทอง กะหล่ำปลี รับประทานกับข้าวสวย นอกจากนั้นนิยมรับประทาน **ไก่ต้มใส่สมุนไพร** (ใส่ใบย่างข้าวตั่ว ลักษณะคล้ายใบหอม) ในโอกาสพิเศษของชาวม้ง เช่น ขึ้นปีใหม่ (กินวอ) หลังเดือน 12 เมื่อเก็บเกี่ยวผลผลิตเสร็จ จะมีพิธีสั้ววัน วันแรก มีการเรียกขวัญสมาชิกในบ้าน ผูกข้อมือโดยหัวหน้าครอบครัว ทำพิธีที่บ้านของตนเอง จะเชิญคนที่ทำพิธีมาเรียกขวัญ ใช้ไก่สด ที่ยังไม่ตาย ฆ่าโดยเชือดคอก่อน ต้มปรุงอาหารกินกัน ทำไก่ต้มและไข่ต้ม วันที่สอง ทำบุญที่สุสาน โดยเอาไก่และไข่ไปขอพรจากบรรพบุรุษ มีกระดาดเงินกระดาดทอง คล้ายคนจีนวันที่สาม ทำบุญขอพรจากผู้เฒ่าในบ้าน วันที่สี่ เป็นการฉลองรื่นเริง สำหรับงานแต่งงาน จะทำพิธีที่บ้านเจ้าสาว พ่อแม่เจ้าสาวเป็นเจ้าภาพ ทำอาหารเลี้ยงโดยฆ่าหมู วัว เอามาปรุงเป็นอาหาร ในงานเลี้ยงนอกจากอาหารจะมีเหล้า ทำจากข้าวเปลือกต้มให้สุกทิ้งไว้หนึ่งเดือน รสชาติดีกว่าเหล้าของชาวกะเหรี่ยง แต่ดีกรีสูงกว่า

ชนเผ่าไทลื้อ นิยมรับประทาน จอผักกาด **น้ำพริกน้ำผัก** ใช้ผักกาดเขียว นำมาลวก แล้วหมักไว้ 1-2 คืน เอาไปตำ ใส่พริกป่น (บางคนใส่มะเขว่นด้วย) แกงแค อาจจะใช้กะบัก ไก่ หรือหมูก็ได้ และใส่เห็ดลม **ยำสะแน็ก** (ยำผัก) หรือยำสะนั๊ก ซ่าผักกาด มีทั้งดิบและสุก แกงหยวก ใส่เนื้อวัวหรือควาย ปลาแห้ง วุ้นเส้น แกงอ่อม ใส่หมู หรือควาย **ผักกาดส้ม** ใช้ผักกาดเมื่องเอามาตำ ๆ ปีบเอาน้ำออก ใส่เกลือปรุง ดองไว้หนึ่งคืน กินกับแคบหมู จิ้นปิ้ง น้ำพริกอ่อม ใส่มะเขือเทศสุก น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกตาแดงใส่มะเขือเทศสุก ยำแคบหมู ใส่ไข่ปู พริกแห้งผิงไฟ งาดำคั่ว **ฮุ่มไก่** ทำโดยสับไก่ใส่เครื่อง โดยตำขมิ้นตะไคร้พริกแห้งให้ละเอียด **หลามบอน** ใส่หมู/ตีนหมู เนื้อ/หนังวัว โดยล้างบอนให้สะอาด นำไปนึ่ง แล้วล้างอีกครั้งหนึ่งเพื่อเอาความคั้นออก นึ่งบอนอีกครั้งให้สุก ตมน้ำหมู ใส่บอนแล้ว ต้มจนเปื่อย ตักรสด้วยน้ำมะขาม ชาวไทลื้อนิยมรับประทานข้าวเหนียว อาหารสำหรับเลี้ยงในงานแต่งงาน หรืองานศพ ไม่แตกต่างกัน จะนิยมแกงแค จอผักกาด แกงอ่อม น้ำพริก แกงหยวก ลาบ ทั้งลาบหมู วัว ควาย ใส่เลือดด้วย ผู้ชายจะกินลาบดิบ ผู้หญิงจะคั่วให้สุก ส่วนงานขึ้นบ้านใหม่ นิยมเลี้ยงอาหาร คือ แกงขนุน ใส่หมู ปลาแห้ง ปลาร้า คนรวย หรือจน ก็เลี้ยงอาหารเหมือนกัน ต่างกันที่ปริมาณ

ชนเผ่าไทยอง อาหารที่นิยมรับประทาน คือ จอผักกาด จอผักบั้ง แกงผักแว่น แกงผักขี้กว้ง ผักขี้เหล็ก คั่วหน่อ ใส่ใบขิง พริก หอม กระเทียม กะปิ นิดหน่อย **ยำจิ้นไก่** ใส่ปลี สะระแหน่ ขิง ข่า หอม กระเทียม และ**ลาบทรงเครื่อง** (อาจเป็นลาบปลาหรือหมู) อาหารที่นับว่าเป็นเอกลักษณ์ของคนไทยอง คือ **หมี่สแน็ก** เป็นยำผัก ที่ใช้ผักที่ปลูกตามสวน ลวกให้สุก ใส่หมูสับ พริกป่น งาดำ งาขาว และ **แกงผักอะหะยะ** แกงใส่ปลาแห้ง และผักต่าง ๆ เช่น ผักเสี้ยว ผักหวาน ยอดฟักทอง บวบ ยอดบะนอย

(บวบ) ประดู่ด้วยพริกหยวกแดง กะปิ ปลาร้า ปลาขี้
ให้แห้ง และเห็ดสามอย่าง ได้แก่ เห็ดหูหนู เห็ดลม
เห็ดฟาง

ประเด็นหลักที่สาม: วิธีการปรุงอาหาร และ เครื่องปรุงหลัก

วิธีการปรุงอาหารของทั้งห้าชนเผ่า จะปรุง
แบบง่าย ๆ โดยการแกง หรือต้ม แต่เครื่องปรุงที่เป็น
หลักจะมีความแตกต่างกัน ดังนี้

ชนเผ่าไทใหญ่ นิยมใส่ถั่วเน่า หอมแดง และ
มะเขือเทศ ในอาหารเกือบทุกชนิด จะไม่ใช้กะปิ
น้ำปลา ถั่วเน่าทำจากเม็ดถั่วเหลือง เอาไปต้มแล้วหมัก
ไว้สองถึงสามคืน แล้วเอามาโม่ใส่เครื่องปั่นแล้วเอามา
ทำเป็นแผ่น เอามาปิ้ง และบดไว้ใส่กระปุกเวลา
ทำกับข้าวก็ตักใส่ “ถั่วเน่าทำอาหารได้หลายชนิด ทำ
น้ำพริกอ่องก็ใส่ถั่วเน่า แล้วก็มีหอมแดง กระเทียม
มะเขือเทศ พริกป่น” “ถ้าเป็นขนมจีน หรือขนมเส้น
น้ำเงี้ยวของไทใหญ่ จะไม่ใส่ดอกจี่ว ไม่ใส่เลือด ใส่แต่
หมูสับกับมะเขือเทศ และถั่วเน่า” กลุ่มตัวอย่างชาว
ไทใหญ่ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “นอกจากถั่วเน่า แล้ว
มะเขือเทศเป็นของที่ขาดไม่ได้เลย แพงแค่ไหนก็ต้อง
หาซื้อเอามาไว้ เป็นถุงใหญ่ เป็นกิโลเลย” มะเขือเทศ
ใช้ได้ทุกชนิดทั้งแบบลูกเล็กที่ออกรสเปรี้ยวอย่างพันธุ์
สีดา ลูกขนาดกลาง และลูกใหญ่ อย่างพันธุ์ท้อ เป็น
ต้น อาหารอีกอย่างของคนไทใหญ่ เรียก **ข้าวกันจิ้น** ที่
คนไทยมักเข้าใจผิดว่าใส่เลือด แม่ครัวชาวไทใหญ่ให้
ข้อมูลว่า “ไม่ใส่เลือด คนไทใหญ่ไม่ใส่เลือด... ที่ใส่
เลือดนี้ เจ้าว่ามันเป็นคนเมือง เจ้าเคยมากินที่เจียงใหม่
ทางบ้านเขาบใส่ ทางบ้านเฮานี้จะขยำจิ้นแล้วก็เอาใส่
ใบตองแล้วก็มัดไว้สักคืนหนึ่งแล้วเอาไปนึ่ง...ใส่เกลือ
ใส่ซุส แล้วก็จะมิอะไรนะ คนไทใหญ่เขาเรียกสอดป่า
มันคล้าย ๆ เหมือนสุราไทยอะไรอย่างนี้ ที่เขาใส่จิ้นส้ม
...จะเป็นก้อนใส ๆ คล้าย ๆ สารส้ม...มันจะทำให้จิ้น

มันจะออกส้ม ๆ เปรี้ยว ๆ หน่อย...เวลาจะกินก็เอามา
ใส่หอมเจียว พริกป่น แล้วก็กินกับต้นหอมผักชี”

ชนเผ่ากะเหรี่ยง เครื่องปรุงในครัวของชาว
กะเหรี่ยง ที่จะขาดไม่ได้คือ พริก เกลือ ผงชูรส จนมี
คำพูดติดปากคนกะเหรี่ยงว่า “มีแต่เกลือ ก็อยู่ได้”
บางคนให้ข้อมูลว่า “ซื้อเกลือเม็ดทีละกระสอบใช้ไป
ทั้งปี เอมาล้างแล้วตากให้แห้งวางไว้เหนือเตาไฟ เมื่อ
แห้งแล้วตำให้ละเอียดเก็บใส่ห่อไว้” ชนเผ่ากะเหรี่ยง
จะรับประทานน้ำพริกเกือบทุกมื้อ พริกกะเหรี่ยงมีรส
เผ็ดมาก ทำให้ส่วนใหญ่ปวดท้อง เป็นโรคกระเพาะ
วิธีทำน้ำพริก จะใช้พริกสดหรือพริกคั่วก็ได้ ใส่มะเขือเทศ
ผงชูรส และเกลือ ถ้าเป็นพริกคั่วจะคั่วให้ดำ ทำให้
ละเอียด ใส่เกลือ ทานกับอาหาร บางทีทานกับไข่
อาจจะต้มหรือเจียว 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ชนเผ่า
กะเหรี่ยงไม่รับประทาน กะปิ และปลาร้า

ชนเผ่าม้ง จะปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุง
หลากหลายชนิด ทั้งน้ำปลา ซอส รสดี มีการใช้
เครื่องเทศ สมุนไพร เพื่อเพิ่มรสชาติ เช่น กระเทียม
พริกไทย ตะไคร้ และใบมะกรูด ชนิดของอาหารมีทั้ง
การต้ม ย่าง ผัด และทอด โดยใช้วัตถุดิบจากธรรมชาติ
และเนื้อสัตว์ พวก ไก่ หมู และปลา รับประทาน
กับข้าวเหนียว

ชนไทลื้อ จะปรุงอาหารด้วยกะปิ ปลาร้า ผงชู
รส เช่น **คั่วจิ้น** ทำโดยเอาเนื้อไปย่าง แล้วหั่นเป็นชิ้น
นำไปคั่ว (ใช้ น้ำมัน) ใส่ผักชี ต้นหอม กะปิ ปลาร้า
หว่านขอยเป็นชิ้น **อบจิ้น** วิธีทำคือ ตั้งน้ำ ให้เดือด ใส่
กะปิ ปลาร้า ใส่เนื้ออย่างหรือต้ม แล้วเอามาหั่น ใส่
ข้าว ใบมะกรูด ต้นหอม ผักชี **คั่วเขียด** นำเขียดไปเผา
ให้หอม สับให้ละเอียด โขลกพริกแกง คั่วกับเขียด ใส่
หอมตะไคร้ ขมิ้น กระเทียม ปลาร้า กะปิ **ยำหน่อไม้
ต้ม** ใส่สา น้ำปู ใบปูเลย ใส่ปลาร้า กะปิ

คนไทยเอง เวลาปรุงอาหารจะใช้กะปิ ปลา ร้า ผงชูรส เหมือนเกลือ เช่น แกงผักกาด ใส่กะปิ ปลา ร้า พริกสดตำ

ประเด็นหลักที่สี่: การปรับตัวในการ รับประทานอาหารเมื่อต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

สำหรับคนวัยผู้ใหญ่ ที่ต้องออกไปทำงาน นอกบ้านซึ่งต้องตื่นแต่เช้า และเร่งรีบออกไปทำงาน มีทั้งที่ออกไปทำไร่ทำสวน และออกไปทำงานใน สังคมเมือง จะมีวิธีการปรับตัวในการรับประทานอาหาร โดยการตื่นแต่เช้า ทำอาหาร และนำไป รับประทานมื้อกลางวันด้วย หรือใช้วิธีทำอาหารมื้อ หนึ่งและรับประทานในมื้อต่อไปด้วย บางคนเผ่า สามารถซื้ออาหารปรุงสำเร็จได้สะดวก โดยมีความ แตกต่างในแต่ละชนเผ่า ดังนี้

ชนเผ่าไทใหญ่ก็ยังชอบที่จะรับประทานแบบ ดั้งเดิม “คนไทใหญ่นี้ส่วนมากถ้าเขาอยากกินกับข้าว เขาตื่นมาตีสี่ตีห้าเขาทำกับข้าวแล้ว กินไปครึ่งหนึ่ง แล้วใส่ปิ่นโตไปครึ่งหนึ่ง เวลาเขาไปทำงาน คนที่เขา เป็นครอบครัวจะห่อข้าวไปด้วย คนที่ไม่เป็น ครอบครัวชอบไปซื้อกินบ่อย”

ชนเผ่ากะเหรี่ยง ก็เช่นเดียวกัน ได้ให้ข้อมูล ว่า การไปทำงานไม่ได้เป็นอุปสรรคในการทำอาหาร “อยากจะทำก็ทำได้ตลอด” “ตื่นแต่เช้า ตั้งแต่ตี 5 ทำอาหาร ห่อข้าวไปกินในสวน หรือไปทำกินที่สวน เลย ในสวนจะมีกระท่อม ทำเตาก่อไว้ ใช้พื้นที่เป็น เศษไม้เก็บไว้เป็นเชื้อเพลิง กับไม้เกียะ ใช้ผักที่มีใน สวน อย่างผักทองเอามาต้ม....กินกับข้าวสวย ไม่กิน ข้าวเหนียว”

ชาวไทลื้อ ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จะ ทำอาหารเช้า ไปรับประทานตอนกลางวัน และ ทำอาหารเย็นไว้รับประทานมื้อเช้า และมีวัฒนธรรมที่ ผู้ชายช่วยทำอาหาร มีคำพูดว่า “แม่ไปกาด พ่อแหม่กิน” หมายความว่า แม่บ้าน จะมีหน้าที่ไปจ่ายตลาด ส่วน

พ่อบ้านจะเป็นคนทำอาหาร สำหรับผู้ที่ไม่มีเวลาในการ ทำอาหารก็มีแม่ค้าในชุมชนทำอาหารไทลื้อสำเร็จรูป ขาย

สำหรับคนหนุ่มสาว และผู้ใหญ่ชาวไทยองที่ ออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีปัญหาการทำอาหารเอง เพราะมีขายตามตลาดในชุมชน สามารถซื้อหาได้ง่าย มื้อเช้า กับกลางวัน จะรับประทานอาหารเดียวกัน ซื้อ ผักและเนื้อสัตว์ ที่ตลาดเช้า ส่วนอาหารเย็นซื้อใหม่มา ทำอีกมื้อหนึ่ง โดยซื้อวัตถุดิบที่ตลาดตอนเย็น หรือจะ ซื้ออาหารไทยองปรุงสำเร็จก็มีขาย เช่น อ่องปู คั่ว มะเขือ (ใช้มะเขือส้มวงหาม้า พริกหนุ่มคั่ว ใส่หมู ใส่ใบ โหระพา) น้ำพริก มีทั้ง น้ำพริกปลา น้ำพริก หอมแดง น้ำพริกอ่อง ทานกับผักลวก แกงแค แคบหมู ไข่ปาม (ใส่ชีอิ้ว ห่อใบตองย่างเตาถ่าน) เป็นต้น

ประเด็นหลักที่ห้า: อาหารสำหรับคนรุ่นใหม่

สำหรับรุ่นลูก รุ่นหลานที่อยู่ในวัยเรียน หรือ เพิ่งเรียนจบและได้งานทำ ด้วยความเร่งรีบที่ต้องออก จากบ้านแต่เช้า และการที่ได้รับวัฒนธรรมด้าน อาหารของคนเมือง จึงมีความชอบในการรับประทาน อาหารเปลี่ยนไป

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทใหญ่ ให้สัมภาษณ์ ว่า “เดี๋ยวนี้กับข้าวกับปลานี้ค่อย ๆ หายไปหมดแล้ว ถ้าเป็นคนรุ่นใหม่ ขนาดลูกสาวเจ้ายังทำไม่ได้เลย ทำกับข้าวอย่างนี้ไม่ได้ เดียวก็ผัดกะเพรา เดียวก็ไข่ เจียวของเขานั้นนะ ถ้าเป็นกับข้าวของเรานั้นนะ ถ้าแม่ ทำอร่อยถ้ายายทำอร่อยเขาก็ทำไม่เป็น” เช่นเดียวกับ ชนเผ่ากะเหรี่ยง ที่ให้ข้อมูลว่าลูกหลานที่ไปโรงเรียน “จะไม่ค่อยได้กินข้าวเบ๊อะตอนเช้า จะไปซื้อ อาหาร เช่น ข้าวเหนียวหมูบึ่ง นม ขนมนึ่ง”

ส่วนชนเผ่าม้ง ให้ข้อมูลว่า ปัจจุบันคนม้งมี รายได้มากขึ้น และอาหารจากข้างนอกก็เข้ามาขาย มากขึ้น แม้แต่ทำงานในสวน ก็ยังมีรถกระบะ หรือรถ มอเตอร์ไซด์พ่วงข้าง เอาอาหาร น้ำหวาน และขนมมา

ขาย “เวลาทำงานในสวนร้อน ๆ คนก็จะชอบซื้อ น้ำหวาน ๆ เย็น ๆ” อาหารพวกเนื้อสัตว์ก็ซื้อหาได้ง่าย เด็ก ๆ ไม่รับประทานข้าว แต่ชอบรับประทาน บะหมี่ ไส้กรอก ขนม “ผมเป็น อสม. เวลามาช่วย คุณหมอคัดกรองโรค ก็พบว่ามีคนที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีคนที่รอบเอวเกินมากขึ้น”

สำหรับคนไทลื้อรุ่นใหม่ รับประทานอาหาร ของชาวลื้อน้อยลง สมาคมไทลื้อจึงมีการรณรงค์ให้ทาง โรงเรียนในชุมชนมีการส่งเสริมวัฒนธรรมไทลื้อทุกวัน ศุกร์ โดยการแต่งกาย และส่งเสริมอาหารแบบไทลื้อ คนสมัยใหม่ซื้ออาหารในตลาด และอาหารฟาสต์ฟู้ด นิยมซื้อใน 7-11 เด็กรุ่นใหม่เข้าไปเรียนในเมือง มือเข้า ไม่ได้รับประทานอาหารจากบ้าน ไปซื้อที่โรงเรียน

คนไทยอง ให้ข้อมูลว่า ลูกหลานก็สามารถ รับประทานอาหารได้เหมือนรุ่นพ่อแม่ เพราะหาซื้อ ได้ทั่วไปในชุมชน แต่เวลามีงานเทศกาลสงกรานต์ ลูกหลานที่อยู่ไกลจะกลับมาพร้อมหน้ากัน อาหารที่ ชอบรับประทานได้แก่ หมูกระทะ ปลาหนังซีอิ้ว ปลา เฒ่า คลุกเกลือ ใส่ใบเตย ตะไคร้ ใบมะกรูด ซึ่งเป็น อาหารแบบสังคมเมือง

ประเด็นหลักที่หก: อาหารที่มีข้อห้าม

คนไทใหญ่ มีความเชื่อว่า ในงานศพไม่ควรจัด เลี้ยงแขก ด้วยหน่อไม้ หรือเห็ด เพราะจะทำให้เกิดการ เสียชีวิตเป็นหมู่ เป็นกลุ่ม และยังมีความเชื่อว่างานศพ ไม่ควรเลี้ยงข้าวเส้น (ขนมจีนจะเป็นแบบเส้นใหญ่ เรียกว่าข้าวเส้น) เพราะเชื่อกันว่าจะมีศพต่อ ๆ ไป

ชนเผ่ากะเหรี่ยง ไม่มีข้อห้าม สามารถ รับประทานได้ทุกอย่าง ยกเว้นพิธีแต่งงาน ชนเผ่า กะเหรี่ยงมีความเชื่อว่า เจ้าบ่าวและเจ้าสาวไม่ให้กินไส้ หมู เพราะจะทำให้ลูกหมหยิก และไม่ให้อาได้หมูขึ้น บ้านเจ้าสาว นอกจากนั้นยังมีความเชื่อว่า ลูกสะใภ้กับ

แม่สามีไม่ควรกินอาหารประเภท ที่มีปลาไหล ชะนี ลิ้ง ด้วยกัน จะทำให้แขนงหน่ายต่อกัน

สำหรับคนไทลื้อในสมัยโบราณ งานศพไม่ควรเลี้ยงขนมเส้น (ขนมจีน) เพราะเชื่อกันว่าจะมีศพ ต่อ ๆ ไป และไม่นิยมกินแกงหอยด้วยกัน เพราะมีความเชื่อว่า จะทำให้เกิดความแขนงหน่ายต่อกัน

ส่วนคนม้ง และคนไทยอง ไม่มีข้อห้ามในการ รับประทานอาหาร

ประเด็นหลักที่เจ็ด: ขนม และของหวาน

ขนมและของหวาน ของทุกชนเผ่ามีความ คล้ายคลึงกัน คือ ทำจากข้าวเหนียวเป็นหลัก มีการ ประยุกต์ให้มีรสชาติเพิ่มขึ้นโดยใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น

ไทใหญ่ก็มีขนมจ็อก ขนมปาด กล้วยบัวต๋อ ถ้า เป็นปีใหม่ไทใหญ่จะทำ **ข้าวต้มหัวแหลม** ใช้ข้าวเปล่า ๆ กับถั่วลิสงป่น ทำเป็นห่อแหลม ๆ แล้วก็ห่อเป็นปึก ๆ (เป็นพวง)

ขนมของกะเหรี่ยง ที่นิยมมี **ขนมبيب หรือข้าว ปึก** (คล้ายข้าวจี) ทำโดยเอาข้าวเหนียวมานึ่งแล้วตำ ใส่กา และ **ข้าวต้มหัวแหลม** (ข้าวต้มมัด) ทำจากข้าวเหนียว ห่อ เป็นกรวยแหลม ด้วยต้นหญ้าไม้กวาด หรือ ใบตองกง ประกอบกันและมัดเป็นคู่ นำไปต้มให้สุก รับประทานใน พิธีมงคลต่าง ๆ และพิธีมัดมือคนในครอบครัว นอกจากนั้นคนกะเหรี่ยงจะนิยมทำ แกงบวด ทำจากมัน ฟักทอง กล้วย ใส่น้ำตาล และกะทิ

ขนมของม้ง **ข้าวปึก** ทำจากข้าวเหนียวสุก เอามาตำ ห่อใบตองปิ้ง ไม่ใส่กะทิ ทำในงานปีใหม่

ขนมของคนไทลื้อ มี **ข้าวแคบ** ใส่กา เกลือ เอาไปผิงไฟ ข้าวต้มหัวหงอก (มีทั้งข้าวต้มถั่ว และ กล้วย) ขนมคน (ขนมลั่นทม) ขนมจ็อก ขนมปาด

ขนมของคนไทยอง ที่ นิยมทำเมื่อมีงาน ประเพณี หรือเทศกาล เช่น สงกรานต์ คือ **ขนมจ็อก** ทำ จากมะพร้าว น้ำตาล ใส่น้ำโยบแห้งชิ้นเล็ก ๆ งาม

มะพร้าวขูด และ **ขนมปาด** ทำจากแป้งข้าวเจ้า คนจนสุกแล้วใส่ถาด ใส่กะทิ น้ำตาล รสชาติหวานมัน มีลักษณะคล้ายขนมชั้น เวลามีแขกมาหรือมีงาน จะทำขนมกล้วยต้ม/นึ่ง กล้วยมะพร้าว ใส่งา และน้ำตาลแยกต่างหาก

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรมของชนเผ่าพื้นเมือง ในภาคเหนือของประเทศไทย ในกลุ่มตัวอย่าง 5 กลุ่มชาติพันธุ์ คือ ไทใหญ่ กะเหรี่ยง ม้ง ไทลื้อ และไทยอง จำนวน 20 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม สามารถสรุปประเด็นที่มีความเหมือนหรือคล้ายคลึง และประเด็นที่มีความแตกต่างในพฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรม ดังนี้

ประเด็นที่มีความเหมือน หรือคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วย

1. การให้ความหมายของอาหารที่ดี การเลือกวัตถุดิบหลักในการนำมาปรุงอาหาร และวิธีการปรุงอาหาร กล่าวคือ กลุ่มชาติพันธุ์ทั้ง 5 กลุ่มเห็นว่าอาหารที่ดี คือ อาหารที่ใช้วัตถุดิบจากธรรมชาติ เช่น ผักที่ขึ้นตามไร่ ตามฤดูกาล ผักที่ปลูกไว้ทานเอง อาหารมีผักเป็นส่วนประกอบหลัก นำมาปรุงแบบง่าย ๆ ด้วยการแกง ต้ม

2. ชนิดของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ คือ แกงที่ใช้ผักที่ปลูกเองตามธรรมชาติ ผักตามฤดูกาลเป็นหลัก เช่น แกงผักกาด แกงแค จอผักกาด จอผักปิ้ง เป็นต้น และน้ำพริกชนิดต่าง ๆ รับประทานกับผักลวก แต่เนื้อสัตว์ หรือแหล่งโปรตีน ที่ใส่เพิ่มในแกง หรือนำมาปรุงอาหารอย่างอื่น อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม เช่น ไทใหญ่นิยมใช้ถั่วเน่า ม้ง นิยมรับประทานหมู และไก่ ส่วนไทยอง นิยมใส่ปลาแห้ง หมู หรือไก่ ในขณะที่ไทลื้อ นิยมรับประทานทั้ง หมู ไก่ เนื้อวัว และเนื้อควาย

3. ขนมและของหวาน ที่เป็นแบบดั้งเดิม ทำจากข้าวเหนียวเป็นหลัก มีการปรุงแต่งให้มีรสชาติเพิ่มขึ้น โดยใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น เช่น ใส่ถั่วลิสง กล้วย หรือนำมาทำเป็นแผ่น ปิ้ง ย่าง ให้หอม หรือนำมารับประทานกับ มะพร้าว น้ำตาล งาดำ งาขาว เพื่อเพิ่มความอร่อย นอกจากนั้น มีขนม และของหวานที่ทำจากวัตถุดิบในท้องถิ่น เช่น กล้วยบวดชี ฟักทองบวด มันบวด กับน้ำกะทิ และน้ำตาล การรับประทานขนมและของหวาน ไม่ได้ถือเป็นส่วนหนึ่งของมื้ออาหารประจำวัน แต่นิยมทำในงานประเพณี หรือโอกาสพิเศษ

4. ทุกกลุ่มชาติพันธุ์ได้รับอิทธิพลของสังคม จากความเจริญทางเศรษฐกิจ การคมนาคมที่สะดวกมากขึ้น และความเร่งรีบในการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ทำให้มีการยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือผสมผสานทางวัฒนธรรม (Acculturation) ด้านการบริโภคอาหารตามแบบสังคมเมือง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กนักเรียน และคนรุ่นใหม่

ประเด็นที่มีความแตกต่างกัน ประกอบด้วย

1. เครื่องปรุงหลักในการประกอบอาหารมีความแตกต่างกัน เช่น ชนเผ่าไทใหญ่ นิยมใช้ถั่วเน่า หอมแดง และมะเขือเทศ ในการปรุงอาหาร ไม่ใช้กะปิ น้ำปลา ชนเผ่ากะเหรี่ยง จะใช้พริกสด และเกลือเป็นหลักในการปรุงอาหาร ไม่รับประทานกะปิ ปลาร้า ชนเผ่าม้ง นิยมใช้น้ำมันในการประกอบอาหาร ในขณะที่ชนเผ่าไทลื้อ และไทยอง จะปรุงอาหารด้วยกะปิ ปลาร้า เป็นหลัก และมีข้อสังเกตที่ชนเผ่ากะเหรี่ยง ไทลื้อ และไทยอง มีการใช้ผงชูรสในการปรุงอาหารเหมือนกัน แต่กลุ่มตัวอย่างต่างให้ข้อมูลว่าใช้ในปริมาณเล็กน้อยเท่านั้น

2. การปรับตัวในการรับประทานอาหารเมื่อต้องออกไปทำงานนอกบ้าน แม้ว่าทั้ง 5 ชนเผ่ามีความพยายามรักษาวัฒนธรรมในการรับประทานอาหารให้

เป็นแบบดั้งเดิม เช่น การตื่นแต่เช้าปรุงอาหารและห่อไปทำงานด้วย หรือปรุงอาหารในมือหนึ่งและสามารถรับประทานในมือต่อไปได้ แต่ชนเผ่าไทลื้อ และไทยองอาศัยในชุมชนใหญ่ ที่คนส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเดียวกัน จะมีโอกาสในการหาซื้ออาหารสด และอาหารปรุงสำเร็จแบบดั้งเดิม ได้ง่ายกว่าชนเผ่าอื่น ๆ ที่อยู่เป็นกลุ่มเล็ก ๆ ปะปนไปกับคนไทยในท้องถิ่น

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาชนเผ่าพื้นเมืองทั้ง 5 เผ่าได้ให้ความหมายของอาหารที่ดี สอดคล้องกันแสดงถึงความเชื่อว่าอาหารที่มาจากวัตถุดิบตามธรรมชาติเป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และพยายามจะรักษาวัฒนธรรมการบริโภคอาหารแบบดั้งเดิมนี้ไว้ในครอบครัว แต่ในกรณีที่ต้องใช้วัตถุดิบในปริมาณมาก เช่น งานศพ หรืองานฉลองตามประเพณีต้องใช้ผักปริมาณมาก ก็จะซื้อผักจากตลาด นำมาแช่ และล้างน้ำให้สะอาด และการที่ชนเผ่าม้ง และกะเหรี่ยงแยกปลูกผักที่เอาไว้รับประทานเอง ไม่รับประทานผักที่ปลูกไว้ขาย สะท้อนถึงการตระหนักรู้ ถึงอันตรายของสารพิษตกค้างในผัก สอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฏฐ์ดนัย ประเทืองบริบูรณ์ และนันทะ บุตรน้อย, (2560); วิโรจน์ เจ้ยเปลี่ยน และคณะ (2560); และพิชามญณ์ อ่อนแก้ว (2566) ที่พบว่า คนในชุมชนมีอาชีพ เกษตรกรรม มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ว่ามีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากสารเคมีที่ใช้ในวิถีการผลิตและมีสารพิษตกค้างในระบบนิเวศของชุมชน จึงร่วมกันกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการผลิต การบริโภค เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ผลการศึกษาในประเด็นหลักเกี่ยวกับอาหารที่นิยมรับประทาน วิธีการปรุงอาหาร สะท้อนถึงความพยายามจะรักษาวัฒนธรรมการบริโภคอาหารแบบดั้งเดิม ตั้งแต่การเลือกชนิดของอาหารในการ

รับประทานประจำวัน เช่น แกงผักต่าง ๆ ที่ปลูกในบ้าน หรือที่ขึ้นเองตามฤดูกาล หรือการเลือกชนิดของเนื้อสัตว์ที่หาได้ในท้องถิ่น เช่น ปลา หมู ไก่ กบ การเลือกใช้เครื่องปรุงอาหารตามแบบดั้งเดิมของชนเผ่ากะเหรี่ยง เช่น การใช้พริก เกลือ เป็นต้น การใช้ถั่วเน่าเป็นแหล่งอาหารโปรตีนของชาวไทใหญ่ การรักษาความเชื่อเรื่องอาหารที่เป็นข้อห้าม หรือแม้แต่การทำขนมและของหวานจากข้าวเหนียว และวัตถุดิบในท้องถิ่น

พฤติกรรมการรักษาวัฒนธรรมการบริโภคแบบดั้งเดิมของแต่ละชนเผ่า อธิบายได้ด้วยทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคม และการจัดกลุ่มของตนเอง (Social Identity Theory and Self-Categorization Theory) (Hornsey, 2008; LeOn, 2023) ซึ่งอธิบายว่า ผู้คนมีการจัดกลุ่มของตนเองว่า อยู่ในกลุ่มใดของสังคม เช่น ชนชาติ ภูมิภาค เพศสภาพอะไร หรือแม้แต่ทีมกีฬาที่ชื่นชอบ เป็นต้น ทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจถึงอิทธิพลของสมาชิกกลุ่มต่อการแสดงพฤติกรรมระหว่างกลุ่ม หรือต่ออัตมโนทัศน์ของปัจเจกบุคคลในกลุ่มนั้น ๆ อัตลักษณ์ทางสังคมของบุคคล ก่อรูป และถูกก่อรูปโดยพฤติกรรมทางสังคม การบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่บ่งบอกอัตลักษณ์ของบุคคล และบ่งบอกความแตกต่างจากบุคคลอื่น หรือคนกลุ่มอื่น ดังนั้น ทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคม จึงช่วยอธิบายพฤติกรรมการบริโภคของแต่ละชนเผ่าที่ยังคงชอบรับประทานอาหารแบบดั้งเดิม แม้บางคนจะมีการอพยพย้ายถิ่นฐานไปอยู่ที่อื่น เมื่อกลับมาบ้านก็ยังอยากบริโภคอาหารที่คุ้นเคยตั้งแต่วัยเด็ก และสามารถอธิบายผลการศึกษาที่พบว่า ชนเผ่าไทลื้อ และไทยอง ที่อาศัยร่วมกันเป็นชุมชน ยังสามารถปรับตัวรักษาวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารแบบดั้งเดิมไว้ได้แม้ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่ต้องตื่นแต่เช้ามืดเพื่อปรุงอาหาร

และห่อไปทำงาน เพราะสามารถซื้อวัตถุดิบในการปรุงอาหารจากตลาดสด และอาหารปรุงสำเร็จแบบดั้งเดิมจากคนเฒ่าได้เช่นกันได้สะดวก นั่นคือ การอยู่รวมกลุ่มกันเป็นชุมชน ช่วยให้สมาชิกกลุ่มรักษาอัตลักษณ์ทางสังคมของกลุ่มไว้ได้ นอกจากนั้น การมีผู้นำชุมชน ผู้อาวุโส และสมาชิกในชุมชนทำงานในหน่วยงานราชการ หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้สามารถริเริ่มจัดทำโครงการ หรือกิจกรรมการอนุรักษ์วัฒนธรรมของชนเผ่าให้คนรุ่นใหม่ได้เห็นคุณค่า และสืบทอดวัฒนธรรมต่อไป (สุนี คำนวลศิลป์ และกัญญาภรณ์ ปิยะธรรม, 2565) เช่น ตัวอย่างการส่งเสริมวัฒนธรรมการแต่งกาย และอาหารของชนไทลื้อ

แต่ในขณะที่เดียวกันจากผลการศึกษาในประเด็นหลักที่สาม: วิธีการปรุงอาหาร และเครื่องปรุงหลัก ก็พบข้อมูลว่าในการปรุงอาหาร มีการใช้เครื่องปรุงตามสมัยนิยม เช่น มีการใช้ผงชูรส ของชนเผ่ากะเหรี่ยง ไทลื้อ และไทยอง และการที่ชาวม้ง มีการรับเอาเครื่องปรุง ทั้งผงชูรส ซอส และรสดี เป็นต้น แสดงถึงการยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือผสมผสานทางวัฒนธรรม ด้านการบริโภคอาหาร ตามแบบสังคมเมือง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในประเด็นหลักที่ห้า: อาหารของคนรุ่นใหม่ ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในทุกกลุ่มชาติพันธุ์ คือ อิทธิพลของสังคม จากความเจริญทางเศรษฐกิจ การมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น การคมนาคมที่สะดวกมากขึ้น และความเร่งรีบในการใช้ชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีโลกาภิวัตน์ ซึ่งอธิบายถึงการที่คนในโลกนี้มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และต้องพึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น (Robertson, 1992; Mehta, 2018) ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน ผสมผสาน และความกลมกลืนทางวัฒนธรรม อันรวมถึงพฤติกรรมกรบริโภคเชิงวัฒนธรรมด้วย

จากผลการศึกษาในประเด็นหลักเรื่องอาหารของคนรุ่นใหม่ กลุ่มเด็กนักเรียน และคนรุ่นใหม่ มีการยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือผสมผสานทางวัฒนธรรมมากกว่าคนในวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ มีการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจากร้านสะดวกซื้อ จำพวก บะหมี่ ไส้กรอก ขนม หรือมีเชื้อชาติไม่ได้ รับประทานอาหารจากบ้าน แต่ไปซื้อข้าวเหนียวหมูปั่น ขนมปังที่โรงเรียน เป็นต้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กและวัยรุ่นมีความยืดหยุ่นทางความคิดและการเปิดรับวัฒนธรรมใหม่ (Cognitive flexibility) มากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ เพราะสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) กำลังพัฒนาและมีการทำงานมาก และในวัยรุ่นความยืดหยุ่นของสมอง (Neuroplasticity) มีความยืดหยุ่นสูง สามารถเปลี่ยนแปลง ปรับตัว และตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมได้ดี (Armbruster et al., 2012; Kupis et al., 2021) ในทำนองเดียวกัน ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม (Erikson's Psychosocial Development) ได้อธิบายว่าวัยรุ่นจะมีการพัฒนาอยู่ในช่วงค้นหาตัวตน (Identity) จึงได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และเทคโนโลยี สื่อต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะทดลองและยอมรับสิ่งใหม่ ในขณะที่ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจะมีพัฒนาการในระยะของการสร้างงานและประโยชน์ต่อสังคม (Generativity) และการหาความสงบสุขและความลงตัวในชีวิต (Integrity) ตามลำดับ จึงมีแนวโน้มยึดมั่นในค่านิยมและวัฒนธรรมดั้งเดิม ทำให้การยอมรับวัฒนธรรมใหม่เป็นไปได้ยากกว่า (Lally & Valentine-French, 2019)

การที่พบว่า เด็กนักเรียน และวัยรุ่น มีการยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือผสมผสานทางวัฒนธรรม (Acculturation) ด้านการบริโภคอาหารตามแบบสังคมเมืองของคนไทย ได้ง่ายกว่าคนในวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ เป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความ

สนใจ เพราะการรับประทานอาหารตามแบบวัฒนธรรมดั้งเดิมของทั้ง 5 ชนเผ่าที่ได้ศึกษาเป็นอาหารที่มาจากวัตถุดิบตามธรรมชาติ ประกอบด้วยผักเป็นหลัก ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่ควรจะได้ส่งเสริมให้มีการรักษาวัฒนธรรมนี้ไว้ ดังนั้นเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง ที่เป็นคนรุ่นใหม่ จึงควรเป็นทั้งสองทาง คือการรณรงค์ให้เห็นถึงคุณค่าทางโภชนาการ และประโยชน์ต่อสุขภาพของอาหารแบบดั้งเดิม ในขณะเดียวกันก็ให้ความรู้ที่ถูกต้อง ในการเลือกอาหารตามวัฒนธรรมของสังคมเมือง เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ อันเนื่องมาจากการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจากร้านสะดวกซื้อ ซึ่งมีไขมัน และโซเดียมสูง และส่วนประกอบอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

นอกจากนั้นการให้คำแนะนำในการดำรงรักษาวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารของชนเผ่าพื้นเมือง ก็ควรมีการให้ความรู้ ความเข้าใจที่เหมาะสมในการใช้วัตถุดิบหลัก และเครื่องปรุงหลักที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น การนิยมรับประทานผักของชนเผ่ากะเหรี่ยงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ควรมีการรับประทานผักสด ผักลวก หรืออาหารอย่างอื่นควบคู่ไปด้วยเสมอ การแนะนำปริมาณที่สามารถรับประทานได้ในแต่ละวัน การใช้สมุนไพรทดแทนเกลือ เช่น ชিং ใบเตย ตะไคร้ มะนาว กระเจี๊ยบแดง เพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหารโดยไม่ต้องใช้เกลือมากในชนกะเหรี่ยง การใช้ถั่วเน่าในชาวไทใหญ่ มีทั้งถั่วเน่าแห้ง และ ถั่วเน่าป่น ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี มีโปรไบโอติกจากการหมัก ช่วยในระบบย่อยอาหาร

มีเกลือและโซเดียมต่ำกว่ากะปิและปลาร้า เหมาะกับผู้ที่ต้องการลดโซเดียม แต่ก็มีข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วยบางกลุ่ม หากบริโภคมากเกินไป เช่น ผู้ที่เป็นโรคไต หรือความดันโลหิตสูง นอกจากนั้น ถั่วเน่าหมักอาจมีสารพิวรีนสูง ผู้ป่วยโรคเกาต์ จึงควรบริโภคแต่น้อย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการดำรงรักษาวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารของชนเผ่าพื้นเมือง โดยเน้นให้เห็นถึงคุณค่าทางโภชนาการ และประโยชน์ต่อสุขภาพของอาหารแบบดั้งเดิม ในขณะเดียวกันก็ให้ความรู้ที่เหมาะสม ในการเลือกอาหารสมัยใหม่ตามวิถีชีวิตของสังคมเมือง เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

2. ควรนำองค์ความรู้ที่ได้ ไปให้คำแนะนำ หรือพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชนเผ่าพื้นเมืองในภาคเหนือของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารเชิงวัฒนธรรมของชนเผ่าพื้นเมือง ในภาคเหนือของประเทศไทย ที่สามารถใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก

2. ศึกษาความรู้ ทักษะ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชนเผ่าพื้นเมืองในภาคเหนือของประเทศไทย ในวัยเด็ก และวัยรุ่นที่เป็นคนรุ่นใหม่

เอกสารอ้างอิง

- ณัฏฐริญา จิตจักร. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ของชาวเผ่าปกาเกอะญอ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. *ลำปางเวชสาร*, 40(1), 10-16.
- ณัฏฐ์ดนัย ประเทืองบริบูรณ์ และนันทะ บุตรน้อย. (2560). การจัดการชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสู่ระบบการผลิตเกษตรทางเลือกของชุมชน บ้านห้วยไซสุขสวัสดิ์ จังหวัดลำพูน. *วารสารวิจัยเพื่อพัฒนาเชิงพื้นที่*, 9(5), 361-374.
- ทัศนีย์ จินะธรรม, กิณภัทน์ คุ่มเนตร, และพิษณุรักษ์ กันทวิ. (2561). การศึกษาความเชื่อ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 10(1), 179-192.
- พิชามณู อ่อนแก้ว. (2566). ผักผลไม้ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(4), 10-20.
- วิโรจน์ แจ่มเปลี่ยน, นพวรรณ เปียชื่อ, จินตนา ศิริวราศัย, และนริมาลย์ นิละไพจิตร. (2560). การใช้สารเคมีกำจัดแมลง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับภาวะสุขภาพของเกษตรกรที่ทำงานสัมผัสสารเคมีกำจัดแมลง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(3), 89-100.
- ศศิธร สุขบท และกษิพัฒน์ ลัดตามณีโรจน์. (2564, 15 มกราคม). รู้จัก ‘ชนเผ่า’ ในไทย 6 เรื่องราว เดิมพัน เดิมไฟ ความเป็นมนุษย์เท่ากัน. <https://theactive.net/data/get-to-know-the-indigenous-peoples-of-hailand/>
- สุนี คำนวลศิลป์ และกัญจนารณ ปิยะธรรม. (2565). การจัดการเพื่อรักษาอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 42(2), 96-111.
- อนุชา รักสนิท. (ม.ป.ป.) *สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน*. ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- <https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/academic-work/download/?did=228083&id=114467>
- Armbruster, D. J. N., Ueltzhoffer K., Basten U., & Fiebach C.J. (2012). Prefrontal cortical mechanisms underlying individual differences in cognitive flexibility and stability. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 24(12), 2385-2399.
- Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2012). Changes in dietary habits after migration and consequences for health: A focus on South Asians in Europe. *Food & Nutrition Research*, 56(1), 1-13, <https://doi.org/10.3402/fnr.v56i0.18891>
- Hornsey, M. J. (2008). Social identity theory and self-categorization theory: A historical review. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 204-222. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00066.x>
- Hsieh, H.F. & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>



- Iriti, M., Varoni, E.M. & Vitalini, S. (2020). Healthy diets and modifiable risk factors for non-communicable diseases-The European perspective. *Foods*, 9(7), 940. <https://doi.org/10.3390/foods9070940>
- Kapur, K. & Dunning, T. (2008). A global survey of eating preferences, dietary habits and food beliefs. *Journal of Diabetes Nursing*, 12(3), 109-113.
- Kittler, P. G., Sucher, K. P., & Nahikian-Nelms, M. (2016). *Food and culture* (7th ed.). Cengage Learning.
- Kupis, L., Goodman, Z.T., Kornfeld, S., Hoang, S., Romero, C., Dirks, B., Dehoney, J., Chang, C., Spreng, R. N., Jason S. Nomi, J.S., & Uddin, L.Q. (2021). Brain dynamics underlying cognitive flexibility across the lifespan. *Cerebral Cortex*, 31(11), 5263–5274. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhab156>
- Lally, M. & Valentine-French, S. (2019). *Lifespan development: A Psychological perspective* (2nd ed.). Creative Commons <https://dept.clcillinois.edu/psy/LifespanDevelopment.pdf>
- LeÓN, F. (2023, July 17). Being one of us: We-identities and self-categorization theory. *Phenomenology and The Cognitive Sciences*, Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/s11097-023-09923-0>
- Mehta, S. (2018). *Building trust: Education in global perspective. Chapter 1: What is globalization anyway?.* <http://mlpp.pressbpps.pub>globaleducation>
- Robertson, R. (1992). Globality and modernity. *Theory, Culture and Society*, 9(2), 153-161. <https://doi.org/10.1177/026327692009002010>
- Rozin, P. (2005). The meaning of food in our lives: A cross-cultural perspective on eating and well-being. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(2), S107–S112. [https://doi.org/10.1010/S1499-4046\(06\)60209-1](https://doi.org/10.1010/S1499-4046(06)60209-1)
- Sun, J., Buys, N. & Shen, S. (2013). Dietary patterns and cardiovascular disease-related risks in Chinese older adults. *Frontiers in Public Health*, 1(48). 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.000.48>.
- United Nations Children’ s Fund. (2021). *Programming guidance: Nutrition in middle childhood and adolescence.* <https://www.unicef.org/documents/programming-guidance-nutrition-middle-childhood-and-adolescence>

การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโดยใช้แนวคิดแบบลีน

ณิศาญา วงศ์ภาธร*, สุปราณี แดงวงษ์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) พัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2) ประเมินผล การพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย: วิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้ศึกษาประชากรที่เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการเพื่อนัดมาอนโรงพยาบาล ที่แผนก ผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 43 คน ประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจ และ 2) แบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ เครื่องมือเชิงคุณภาพเป็น เครื่องมือตามแนวคิดแบบลีนซึ่งใช้พัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) การเขียนแผนผังสายธารคุณค่า และ 2) สร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 65.1 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 51.2 ($M=56.62$, $SD=19.07$) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 76.74 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.6 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.5 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.9 หลังการพัฒนารูปแบบฯ ประเมินผล พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการเท่ากับ 4.44 ระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการลดลง จาก 73 นาที เหลือเพียง 24.93 นาที

สรุปและข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานของแผนกผู้ป่วยนอกได้ใช้แนวคิดแบบลีนในการพัฒนา รูปแบบการให้บริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

คำสำคัญ: ระยะเวลารอคอย, การบริการแผนกผู้ป่วยนอก, แนวคิดแบบลีน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568 หน้า 51-65

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน Corresponding author, email: supraneet2512@gmail.com, Tel. 089-1769561

วันที่รับบทความ: 6 มกราคม 2568, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 พฤษภาคม 2568, วันที่ตอบรับบทความ: 31 พฤษภาคม 2568



Development of a Model for Admitting Patients According to Appointments to The Hospital in the Outpatient Surgery Department Using Lean Concepts

Nischaya Wongphathorn*, Supranee Tangwong**

Abstract

Purpose: To 1) Develop a model for admitting patients according to appointments to receive treatment in the hospital and 2) Evaluate the development of a model for admitting patients for treatment in hospitals by appointment.

Design: Action Research

Method: Surgery patients who had an appointment to stay in the outpatient surgery department at Samut Sakhon Hospital, total number of 43 people. Tools consisted of mainly quantitative tools used to collect data, such as 1) service satisfaction questionnaires, and 2) service duration record forms. The qualitative tools used to improve and develop the hospital admissions system are lean system tools, which consisted of 1) Drawing a value stream diagram and 2) Standard practical guideline. Data were analyzed using descriptive statistics.

Main findings: Most of the sample was male, accounting for 65.1% and more than 60 years old, accounting for 51.2% ($\mu = 56.62$, $\sigma = 19.07$). Patients who were appointed for a general surgery took up 76.74%. 32.6% had hypertension, 60.5% had graduated from primary school, 34.9% were employees. After development of the model, the evaluation found that the average overall satisfaction score of the patients was 4.44. The service time was reduced from 73 minutes to only 24.93 minutes.

Conclusion and recommendations: All units in the outpatient department are encouraged to use Lean concept in developing service system to increase service efficiency and the satisfaction of both clients and service providers.

Keywords: Waiting time, Outpatient services, Lean concept

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2025, 12(1), 51-65

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

** Assistant Professor, Instructor, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, College of Nursing, Christian University of Thailand. Corresponding author, email: supraneet2512@gmail.com, Tel. 089-1769561

Received: 6 January 2025, Revised: 20 May 2025, Accepted: 31 May 2025

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการมีความต้องการปรับปรุงคุณภาพบริการให้มีคุณภาพสูงขึ้น ลดความสูญเสีย ลดระยะเวลารอคอย ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและพึงพอใจ ส่วนผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อการได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ถ้าการบริการที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังย่อมเกิดความพึงพอใจ แต่การบริการสุขภาพยังพบปัญหาผู้ป่วยต้องรอคอยเป็นเวลานาน กระบวนการดูแลไม่มีความแน่นอน มีการใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจจำนวนมากและแตกต่างกัน มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดในกระบวนการดูแล โดยที่ระบบไม่ได้ถูกออกแบบเพื่อการป้องกัน ไม่มีการวัดผลลัพธ์ของการทำงานที่สอดคล้องกับคุณค่าที่ผู้ป่วยต้องการ และมีราคาแพง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2561) คุณภาพการบริการถือเป็นหัวใจหลักของการให้บริการและเป็นที่ปรารถนาของผู้รับบริการ ด้วยเหตุนี้ทุกองค์กรจึงต้องมีการพัฒนาการบริการให้เกิดคุณภาพ โดยปรับปรุงแบบการทำงานให้มีลักษณะบูรณาการ เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยเพิ่มคุณค่าการให้บริการและเกิดความสูญเสียน้อยที่สุดซึ่งประเมินจากกิจกรรมทั้งหมดของการให้บริการ เช่น ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย การขาดการสื่อสาร กิจกรรมที่ซ้ำซ้อน (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) คุณภาพการบริการเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น และศรัทธา นอกจากนี้ยังส่งผลถึงการฟ้องร้อง การร้องเรียนที่ไม่เกิดขึ้น ตลอดจนแสดงให้เห็นว่า คุณภาพของโรงพยาบาลเป็นที่น่าเชื่อถือ และไว้วางใจ ดังนั้นโรงพยาบาลของภาครัฐจำเป็นต้องมีการพัฒนาการให้บริการเพื่อบ่มุ่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพและกำจัดกิจกรรมไม่ก่อให้เกิดคุณค่าที่

แฝงอยู่ในกระบวนการให้บริการต่างๆ ออกจากระบบ

จากการศึกษาพบว่าในหลายองค์กรมีการนำแนวคิดลีน (Lean concept) ไปประยุกต์ใช้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในประเทศไทยมีหลายโรงพยาบาลที่นำแนวคิดลีนไปใช้ในองค์กร เช่น การศึกษาของเสาวลักษณ์ มนูญญา (2560) ที่ศึกษาถึงผลการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิดลีนต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดภายหลังการใช้แนวคิดลีนในการจัดบริการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดมีระยะเวลาการรอคอยสั้นกว่าระบบบริการแบบปกติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวคิดลีนในการจัดบริการพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดภายหลังการใช้แนวคิดลีนมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบปกติ ส่วนในโรงพยาบาลพศกมลพิษัย จังหวัดมหาสารคามมีการนำแนวคิดของลีนมาใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเบาหวาน โดยชญาภา เยยโพธิ์ (2563) ผลการวิจัยพบว่าแนวคิดลีนสามารถลดขั้นตอนจาก 16 ขั้นตอน เหลือ 7 ขั้นตอน ส่วนระยะเวลาการรับบริการเฉลี่ยจาก 187.75 นาที เป็น 90.25 นาที ความพึงพอใจภาพรวมผู้รับบริการระดับมาก และค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เฉลี่ยลดลงจาก 9.97 เป็น 9.14

แนวคิดแบบลีน (Lean concept) เป็นแนวคิดที่อยู่บนพื้นฐานของการเพิ่มคุณค่าให้กับลูกค้าและการส่งมอบการให้บริการที่รวดเร็ว มุ่งเน้นไปที่กระบวนการทำงานที่มีความคล่องตัว ลดความสูญเสียให้เหลือแต่เนื้อแท้ในการทำงาน ประกอบด้วย 5



องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การระบุคุณค่าของสินค้าหรือบริการ (Value) หมายถึง การทำความเข้าใจผู้รับบริการ คุณค่าไม่ใช่มุมมองของผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ โดยผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการนำคุณค่าของแต่ละกิจกรรมมาศึกษา ทำให้ผู้รับบริการเห็นว่ามีคุณค่า 2) การบ่งชี้สายธารคุณค่า (Value stream) หมายถึง คุณค่ามีลักษณะของความเฉพาะเป็นการระบุกิจกรรมของการทำงานหรือขั้นตอนทั้งหมดที่เกิดขึ้น พัฒนาไปเป็นแผนภูมิในอนาคตที่ไม่มีค่าสูญเปล่า หรือกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า แนวคิดสินมีการอธิบายกิจกรรมการบริการทั้งหมดที่ไปสู่ลูกค้าหรือบริการ ทำให้มองเห็นความสูญเปล่าที่อยู่ในกิจกรรมการบริการและนำไปสู่การจัดความสูญเปล่า ออกจากกิจกรรมการบริการ ทำให้เกิดคุณค่า ความต้องการในมุมมองของลูกค้าหรือผู้รับบริการ 3) การไหล (Flow) หมายถึง การทำให้เกิดการไหลลื่นทั้งระบบ ลดการรอคอยในการผลิตหรือให้บริการ มีส่วนร่วมในการสร้างคุณค่าที่แท้จริงในทุกๆ จุด ตามกระบวนการนั้น ๆ สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง 4) ระบบดึง (Pull system) หมายถึง เป็นการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการให้กับลูกค้าตามความต้องการหรือความความหวังของลูกค้าให้มากที่สุด และ 5) ความสมบูรณ์แบบ (Perfection) หมายถึง มีการปรับปรุงกิจกรรมการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้รับผลงานต้องการจริง ๆ (Womack & Jones, 2003) การศึกษาของวิชชุดา ภาคพิเศษ และจันทรัตน์ สิริวิชรัตน์ (2560) ได้ใช้แนวคิดแบบลีนในการปรับปรุงขั้นตอนงานบริการผู้ป่วยนอก พบว่า การเขียนแผนผังงานบริการผู้ป่วยนอกทำให้สามารถกำหนดกิจกรรมที่มีคุณค่าและกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่า ซึ่งสามารถนำมาใช้เพื่อลดขั้นตอนงานบริการที่มีความสูญเปล่า แสดงว่าแนวคิดแบบลีนสามารถนำมาใช้ในงานบริการได้และการศึกษาของวนิดา รักผกาวงศ์ และคณะ

(2564) ได้นำแนวคิดแบบลีนมาประยุกต์ใช้เพื่อลดขั้นตอนการให้บริการ ระยะเวลาการรอคอย และระยะเวลาให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร ให้การดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางด้านศัลยกรรม ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมพลาสติก ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมเต้านม ศัลยกรรมโรคตับ และศัลยกรรมทรวงอก โดยมีบริการทั้งระดับการบริการปฐมภูมิ (Primary care) ทติยภูมิ (Secondary care) และตติยภูมิ (Tertiary care) รวมถึงผู้ป่วยนอกหน่วยงานที่มีปัญหาด้านศัลยกรรมที่ต้องการการดูแลร่วม และมีการรับย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลเครือข่าย และยังรับย้ายผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 5 กรณีเกินขีดความสามารถหรือตามสิทธิ์การรักษา ซึ่งทำให้แผนกศัลยกรรม มีผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการจำนวนเฉลี่ยวันละ 200 คน และมีผู้ป่วยที่แพทย์นัดเข้ามานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด จำนวนเฉลี่ย วันละ 10 คน เนื่องจากผู้ป่วยนอกมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่นัดมานอนโรงพยาบาลต้องรอคอยนาน เกิดปัญหาด้านประสิทธิภาพ และคุณภาพการบริการ จากการทดลองจับเวลาในกระบวนการรับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล (Admission) พบว่าใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที การรอคอยที่นานทำให้มีการแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และเกิดความไม่พึงพอใจในบริการ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำแนวคิดแบบลีนมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพกระบวนการรับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เพื่อช่วยกำจัดสิ่งสูญเปล่าในแต่ละกิจกรรม ลดระยะเวลาใน



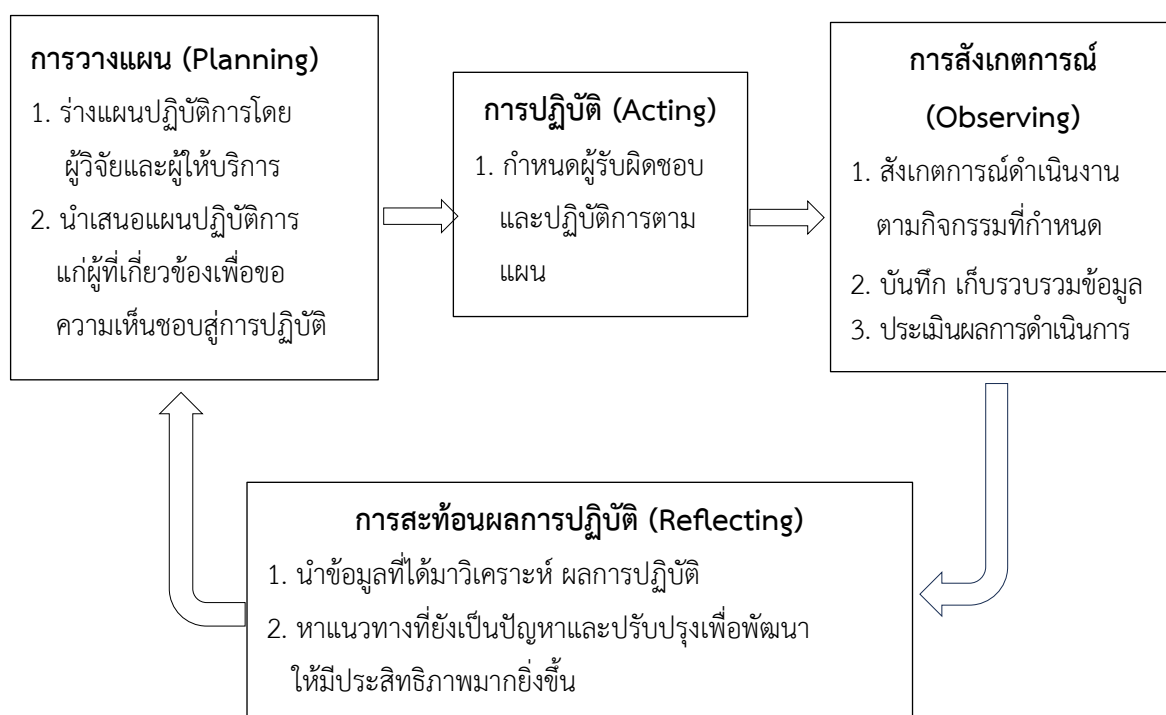
แต่ละขั้นตอน ซึ่งจะทำให้กระบวนการรับผู้ป่วยเข้า
นอนโรงพยาบาลมีความรวดเร็วและผู้รับบริการเกิด
ความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้า
รับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการ
รับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ได้แก่ ความพึงพอใจของ
ผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่ง
เป็นกระบวนการพัฒนาเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง
จนกว่าจะได้ข้อสรุปแนวทางแก้ปัญหาสำเร็จ มี
ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ
(Acting) การสังเกตการณ์ (Observing) และการ
สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) โดยศึกษา
ประชากรทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาแนวทางแก้ปัญหา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวคิดแบบลีน ของ Womack
and Jones (2003) เป็นแนวคิดที่ช่วยเพิ่มคุณภาพ
และประสิทธิภาพของงานบริการให้ดีขึ้น แนวคิด
แบบลีนเป็นปรัชญาในการผลิตที่ถือว่าความสูญเปล่า
(Wastes) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่
1) การระบุคุณค่า (Value) 2) การบ่งชี้สายธาร

คุณค่า (Value stream) 3) การไหล (Flow) 4)
ระบบดึง (Pull system) และ 5) ความสมบูรณ์
แบบ (Perfection) ซึ่งสามารถนำมาพัฒนารูปแบบ
การรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย
และเกิดความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังแผนภาพที่ 2

รูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตามแนวคิดแบบลีน (Womack & Jones, 2003)

1. วิเคราะห์กระบวนการทำงานในปัจจุบันโดยการบันทึกเวลาและความพึงพอใจของผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม
2. นำแนวคิดแบบลีนมาสร้างคุณค่า และใช้ขจัดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในระบบ โดยใช้หลักการของลีนมาปรับกระบวนการทำงาน ประกอบด้วย การระบุคุณค่า (Value) การบ่งชี้สายธารคุณค่า (Value stream) การไหล (Flow) ระบบดึง (Pull system) และความสมบูรณ์แบบ (Perfection)
3. ดำเนินการปรับปรุงการให้บริการโดยใช้เครื่องมือของลีน
4. ติดตามผลลัพธ์ของกระบวนการโดยการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำแนวคิดแบบลีนมาใช้ในการปรับปรุงในเรื่องของระยะเวลา รอคอยและความพึงพอใจของผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

- ความพึงพอใจของผู้ป่วย
- ระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

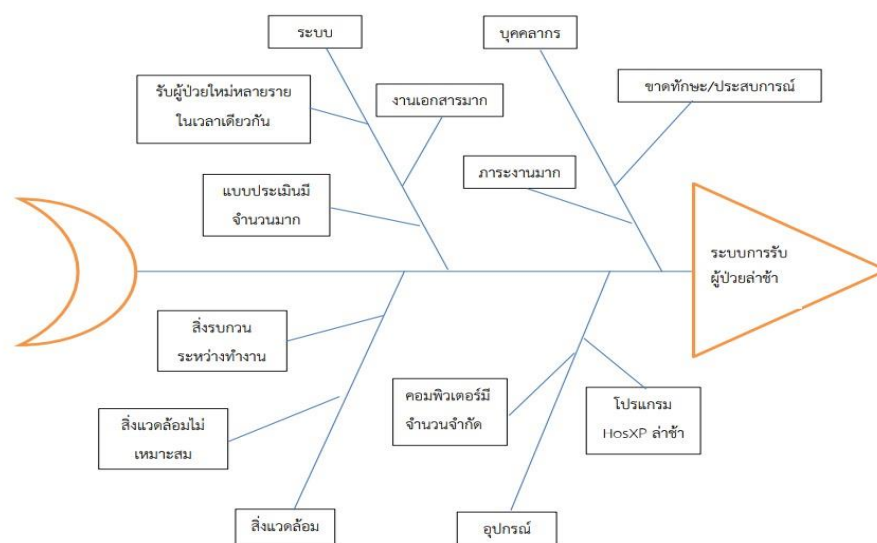
การศึกษานี้ศึกษาทั้งประชากร คือ ผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่มารับการบริการระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2566 ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนทั้งหมด 43 คน โดยมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยนอกศัลยกรรมที่นัดมาอนโรงพยาบาล
2. มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี
3. สามารถพูดฟังภาษาไทยได้ สื่อความหมายได้ดี

4. ให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ขั้นตอนการดำเนินงาน

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ระยะศึกษา

บริบทสภาพปัญหาและสถานการณ์ในการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ปัญหาและอุปสรรค และข้อร้องเรียนต่างๆ ที่พบ และวิเคราะห์ระยะเวลา รอคอยและความแออัดในห้องตรวจศัลยกรรม เป็นวิธีการหาสาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis) โดยใช้แผนผังก้างปลา (Fish bone diagram) ดังนี้



แผนภาพที่ 3 แสดงการวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis) ของระบบการรับผู้ป่วยล่าช้า โดยใช้แผนผังก้างปลา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตาม นัฒมานอนโรงพยาบาลตามแนวคิดแบบลีน โดยใช้ แนวคิดของวอมแม็กและโจนส์ (Womack and Jones, 2003) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการทำงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การระบุคุณค่า (Value) เป็น กระบวนการที่สร้างคุณค่าของบริการ ให้มีความสำคัญ กับคุณค่าตามมุมมองของผู้รับบริการทั้งภายในและ ภายนอก มีการวิเคราะห์ว่าผู้รับบริการต้องการอะไร ทบทวนคุณค่าอย่างต่อเนื่อง ใช้ต้นทุนที่เหมาะสม มี การดำเนินการเทียบเคียงกับผู้ปฏิบัติงานเป็นเลิศ การส่งมอบบริการที่มีคุณค่าจะต้องมีความสำคัญ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

2.2 การบ่งชี้สายธารคุณค่า (Value stream) เป็นการแสดงรายละเอียดกิจกรรมโดยการ ระบุกิจกรรมขั้นตอนในกระบวนการทั้งหมด (Flow process) แสดงทิศทางการไหลด้วยแผนภูมิของสาย ธารคุณค่า เริ่มขั้นตอนแรกจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ในการบริการ ทำให้ความสูญเปล่าเด่นชัดขึ้น

2.3 การไหล (Flow) เป็นการสร้างทิศทาง ทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่มีคุณค่า ดำเนินต่อไปได้อย่าง

ต่อเนื่อง มุ่งการลดปัจจัยด้านความสูญเปล่าที่ส่งผล ต่อการขัดจังหวะ ติดขัด เช่น การเกิดความสูญเปล่า หรือการรอคอย มุ่งเน้นการลดเวลาที่ไม่สร้างคุณค่า เพิ่มให้กับกระบวนการ และลดปัญหา ความผิดพลาด การย้อนกลับในระหว่างการดำเนินการ เช่น การจัด วางและเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้สะดวกในการใช้งาน และใช้เทคนิคต่าง ๆ ของแนวคิดแบบลีน สนับสนุนให้ งานสามารถดำเนินไปได้ เกิดการไหลของงานต่าง ๆ ตามเส้นทางอย่างต่อเนื่อง

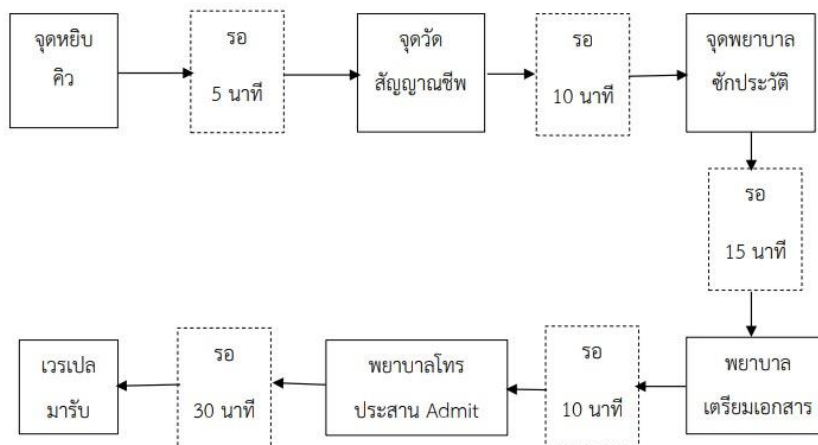
2.4 ระบบดึง (Pull system) ให้ผู้รับบริการ เป็นผู้ดึงคุณค่าจากกระบวนการ ให้การไหลมีทิศ ทางตรงไปสู่ผู้รับบริการ มีปริมาณเพียงพอกับความ ต้องการ โดยมุ่งผลิตเฉพาะสิ่งที่ตอบสนองต่อความ ต้องการของผู้รับบริการ ให้มีความสำคัญเฉพาะสิ่งที่ ผู้รับบริการมีความต้องการเท่านั้น การบริการตาม ความต้องการของผู้รับบริการ รวมเวลาที่ใช้ตรงกับ ความต้องการ ปราศจากการรอคอย มีระบบ สารสนเทศสนับสนุนการดำเนินการตั้งแต่ต้นจน บรรลุผล ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

2.5 ความสมบูรณ์แบบ (Perfection) เป็น การค้นหาประสิทธิภาพของกระบวนการ สร้าง

คุณค่า กำจัดความสูญเปล่าอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และนำระบบการรับผู้ป่วยตามนัดมานอนโรงพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาครไปใช้

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหากระบวนการรับผู้ป่วยล่าช้า และได้เขียนแผนผังการทำงาน

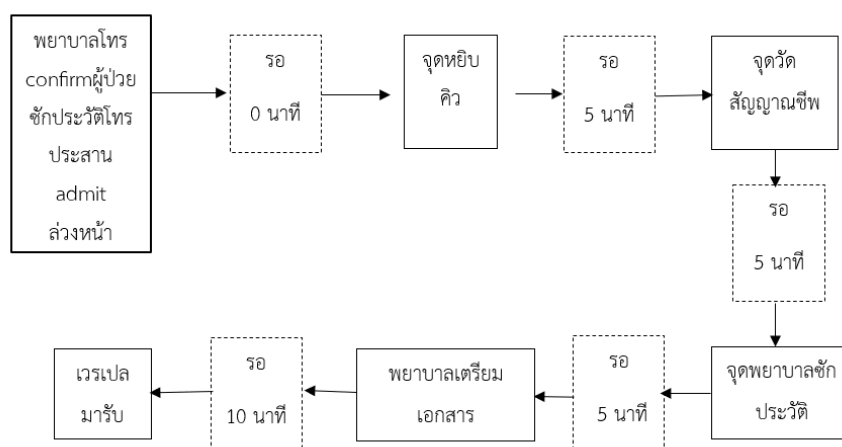
ของกระบวนการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำให้ได้แผนผังของกิจกรรมทั้งหมด เพื่อทำให้มองเห็นคุณค่าและความสูญเปล่าได้ง่ายขึ้นพร้อมกำจัดความสูญเปล่าออกไป พบว่ามีจุดบริการทั้งหมด 5 จุด และมีขั้นตอนในการให้บริการทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังแสดงเป็นแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4 แสดงทิศทางการไหลของการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ก่อนการใช้แนวคิดแบบลีน

ต่อมาผู้ให้บริการวิเคราะห์ขั้นตอนการปฏิบัติงานโดยแบ่งประเภทของกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าและกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่า วิเคราะห์กิจกรรมที่ไม่มีคุณค่า คือ รอพยาบาลเตรียมเอกสารและรอเวรเปลมารับ ผู้ให้บริการได้

เขียนขั้นตอนบริการใหม่โดยใช้แนวคิดแบบลีน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการ และเพิ่มกิจกรรมที่มีคุณค่าในขั้นตอนที่ 1 ดังแสดงเป็นแผนภาพที่ 5



แผนภาพที่ 5 แสดงทิศทางการไหลของการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หลังการใช้แนวคิดแบบลีน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการนำรูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตามแนวคิดแบบลีนไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และระยะเวลารอคอยในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ เครื่องมือเชิงปริมาณและเครื่องมือเชิงคุณภาพ ดังนี้

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกและแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย และโรคที่มารับการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ โดยใช้แนวคิดของอดีย์ และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1975) ประกอบด้วย ด้านการให้บริการของพยาบาล 4 ข้อ และภาพรวมความพึงพอใจในการรับบริการครั้งนี้ 3 ข้อ การวัดแบ่งเป็นระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด (5) พึงพอใจมาก (4) พึงพอใจปานกลาง (3) พึงพอใจน้อย (2) และไม่พึงพอใจ (1) เกณฑ์การแปลผลของบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2550) ดังนี้

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามชนิดปลายเปิด เพื่อเสนอแนะข้อคิดเห็น

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ โดยเริ่มจับเวลาเมื่อผู้ป่วยมาในงานบริการผู้ป่วยนอกจนสิ้นสุดการบริการที่แผนกเวช

เปลมารับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้จดบันทึกเวลาในแต่ละกิจกรรมโดยใช้นาฬิกาแขวนบนผนังหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ เครื่องมือตามแนวคิดแบบลีนซึ่งใช้ปรับปรุงพัฒนาระบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุคุณค่า (Value) 2) การบ่งชี้สายธารคุณค่า (Value stream) 3) การไหล (Flow) 4) ระบบดึง (Pull system) และ 5) ความสมบูรณ์แบบ (Perfection) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตามแนวคิดแบบลีน 5 ขั้นตอนดังกล่าว แล้วนำมาสรุปเป็นแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การเขียนแผนผังสายธารคุณค่า (Flow process diagram) เป็นแผนผังที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะของกิจกรรมย่อยในกระบวนการให้บริการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด เพื่อวิเคราะห์หาความสูญเปล่า (Waste) คือ กิจกรรมที่ไม่มีคุณค่า การรอคอย (Waiting) ในกิจกรรมที่ไม่จำเป็น และ 2) สร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานการดำเนินงาน (Standard work)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ 1) ตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมในกระบวนการให้บริการ 2) แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน 3) แบบวิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรม 4) แบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ 5) แนวคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มเกี่ยวกับอุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนากระบวนการบริการ และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดแบบลีนจำนวน 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์

จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของการสังเกต (Interrater reliability) ของผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โดยผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอน วิธีการจับเวลา และบันทึกเวลาให้ผู้ช่วยวิจัยทราบจนเข้าใจ และได้ตรวจสอบค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการบันทึกเวลา ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการบันทึกเวลา สำหรับกิจกรรม เท่ากับ 1.0

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นเอกสารขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยนำรูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามแนวคิดแบบลีน มาใช้สร้างคุณค่าและขจัดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในระบบให้บริการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-30 กันยายน พ.ศ. 2566

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตามเลขที่ได้รับอนุมัติ SKH REC 59/2566/V.1 จากนั้นชี้แจง

ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ยุติการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเวลาที่ใช้ในกระบวนการให้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ทั้งระยะก่อนการพัฒนา รูปแบบฯ และระยะหลังการพัฒนา รูปแบบฯ นำมาหาเวลามาตรฐานแล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของเวลาที่ใช้ในกระบวนการให้บริการ โดยนำเวลามาตรฐานเฉลี่ยรวมของระยะก่อนการพัฒนา รูปแบบฯ ลบด้วยเวลามาตรฐานเฉลี่ยรวมของระยะหลังการพัฒนา รูปแบบฯ

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 65.1 มีช่วงอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.2 โดยอายุเฉลี่ย (μ) เท่ากับ 56.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\sigma = 19.07$) เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 76.74 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.6 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.5 และส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.9



ความพึงพอใจในการรับบริการ
ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย (N=43)

ความพึงพอใจ	จำนวนคน (ร้อยละ)					μ (σ)
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. จุติรับบัตรคิว						4.32 (0.65)
1.1 สถานที่มีความเหมาะสม	19 (44.2)	18 (41.9)	5 (11.6)	1 (2.3)		
1.2 ระยะเวลาที่มีความรวดเร็วและเหมาะสม	20 (46.5)	15 (34.9)	8 (18.6)			
1.3 ขั้นตอนมีความสะดวกเข้าใจง่าย	22 (51.2)	17 (39.5)	4 (9.3)			
2. จุดวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ						4.37 (0.58)
2.1 สถานที่มีความเหมาะสม	19 (44.2)	21 (48.8)	2 (4.7)	1 (2.3)		
2.2 ระยะเวลาความรวดเร็วและเหมาะสม	18 (41.9)	22 (51.2)	4 (9.3)			
2.3 ขั้นตอนมีความสะดวกเข้าใจง่าย	22 (51.2)	21 (48.8)				
3. จุดพยาบาลซักประวัติและเตรียมเอกสารประสานทำ Admit						4.43 (0.50)
3.1 โต๊ะซักประวัติอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม	21 (48.8)	21 (48.8)	1 (2.3)			
3.2 ระยะเวลาที่มีความรวดเร็วและเหมาะสม	18 (41.9)	21 (48.8)	4 (9.3)			
3.3 ขั้นตอนมีความสะดวกเข้าใจง่าย	22 (51.2)	21 (48.8)				
4. พยาบาลโทรประสานและซักประวัติผู้ป่วยล่วงหน้า						4.63 (0.27)
4.1 พยาบาลพูดคุยด้วยถ้อยคำสุภาพ เป็นกันเองและเอาใจใส่	30 (69.8)	13 (30.2)				
4.2 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนมาโรงพยาบาล	25 (58.1)	18 (41.9)				
5. พนักงานเปลมารับผู้ป่วย						4.41 (0.56)
5.1 พนักงานเปลให้บริการรวดเร็วและเหมาะสม	21 (48.8)	20 (46.5)	2 (4.7)			
5.2 พนักงานเปลให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนน้อม	19 (44.2)	22 (51.2)	2 (4.7)			

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย (N=43) (ต่อ)

ความพึงพอใจ	จำนวนคน (ร้อยละ)					μ (σ)
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
6. ภาพรวมการรับบริการที่ท่านได้รับในครั้งนี้						4.55 (0.51)
6.1 ท่านจะแนะนำโรงพยาบาลแห่งนี้แก่ญาติ/เพื่อน/ผู้ที่ท่านรู้จักมาใช้บริการ	24 (55.8)	17 (39.5)	2 (4.7)			
6.2 หากท่านเจ็บป่วยอีกครั้ง จะกลับมาใช้บริการโรงพยาบาลแห่งนี้อีก	27 (62.8)	15 (34.9)	1 (2.3)			
6.3 ความพึงพอใจในภาพรวมเกี่ยวกับบริการด้านการรักษาพยาบาล ในการมาใช้บริการในครั้งนี้	25 (58.1)	17 (39.5)	1 (2.3)			
ค่าเฉลี่ยรวม						4.44 (0.46)

จากตารางที่ 1 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่จัดรับบัตรคิว มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.32 ($\sigma = 0.65$) จุดวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเท่ากับ 4.37 ($\sigma = 0.58$) จุดพยาบาลซักประวัติและเตรียมเอกสารประสานทำ Admit มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเท่ากับ 4.43 ($\sigma = 0.50$) -พยาบาลโทรประสานและซักประวัติผู้ป่วยล่วงหน้า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเท่ากับ 4.63 ($\sigma = 0.27$) พนักงานเปลมารับผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเท่ากับ 4.41 ($\sigma = 0.56$) ส่วนภาพรวมการรับบริการที่ท่าน

ได้รับในครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเท่ากับ 4.55 ($\sigma = 0.51$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 ($\sigma = 0.46$)

ระยะเวลาที่ใช้ให้บริการทั้งระยะก่อนการพัฒนารูปแบบฯ และระยะหลังการพัฒนารูปแบบฯ
 ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาที่ใช้ให้บริการทั้งระยะก่อนการพัฒนารูปแบบฯ และระยะหลังการพัฒนา
 รูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาใน
 โรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกคัดสรรโดยใช้น
 แนวคิดแบบสิ้น

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาที่ใช้ให้บริการทั้งระยะก่อนการพัฒนารูปแบบฯ และระยะหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโดยใช้แนวคิดแบบลีน

จุดที่	กิจกรรม	ก่อนการพัฒนา รูปแบบ (นาทีก)	หลังการพัฒนา รูปแบบ (นาทีก)
1	พยาบาลโทรประสานและซักประวัติผู้ป่วยล่วงหน้า	3.00	1.00
2	จุดรับบัตรคิว	5.00	1.30
3	จุดวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ	10.00	2.95
4	จุดพยาบาลซักประวัติและเตรียมเอกสารประสานทำ Admit	25.00	7.35
5	พนักงานเปลมารับผู้ป่วย	30.00	12.33
เวลาเฉลี่ยรวมทุกจุด		73.00	24.93

จากตารางที่ 2 พบว่าระยะเวลาที่ใช้ให้บริการแต่ละจุดหลังการพัฒนารูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโดยใช้แนวคิดแบบลีนพบว่า การใช้เวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในแต่ละจุดลดลงอย่างเห็นได้ชัด

การอภิปรายผลการวิจัย

การใช้แนวคิดแบบลีนในการปรับปรุงขั้นตอนงานบริการผู้ป่วยนอกได้เขียนแผนผังกิจกรรมของกระบวนการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ทำให้ได้แผนผังของกิจกรรมทั้งหมด เพื่อให้มองเห็นคุณค่า และความสูญเสียเปล่าได้ง่ายขึ้น พร้อมกำจัดความสูญเสียเปล่าออกไป พบว่ามีจุดบริการทั้งหมด 5 จุด และมีขั้นตอนในการให้บริการทั้งหมด 6 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลามากกว่า 60 นาที หลังจากวิเคราะห์ปัญหาพบว่า กิจกรรมที่ไม่มีคุณค่า คือ รอพยาบาลเตรียมเอกสารและรอเวรเปลมารับ และหลังจากการใช้รูปแบบการรับผู้ป่วยตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบลีน เพื่อลดระยะเวลาที่ใช้ในการ

ให้บริการและเพิ่มกิจกรรมที่มีคุณค่าในขั้นตอนที่ 1 คือ พยาบาลโทรประสานผู้ป่วยที่นัดมานานอนโรงพยาบาลล่วงหน้าเพื่อซักประวัติ เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่ใช้ให้บริการหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้แนวคิดแบบลีนใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 25 นาที จากเดิมใช้เวลาประมาณ 60 นาที ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวิชุลดา ภาคพิเศษ และจันทรัตน์ สิทธิวรรณ (2560) ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนมาประยุกต์ใช้ในงานบริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง ทำให้ลดขั้นตอนที่ไม่เกิดคุณค่า คือ ขั้นตอนที่ผู้ป่วยนั่งรอการบริการนอกอาคารและการที่เจ้าหน้าที่แจกบัตรคิวทำให้ระยะเวลาในการรับบริการเฉลี่ยลดลง 7 นาที 46 วินาที และพบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเขียนแผนผังสายธารแห่งคุณค่าทำให้ค้นหาความสูญเสียเปล่าได้ดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของนฤมล ไชยวารี ฐิติณัฐ อัครเดช อนันต์ และบุญพิชชา จิตต์ภักดี (2563) ที่ใช้แผนภูมินี้ค้นหาความสูญเสียเปล่าในการทำงานทำให้ลดขั้นตอนการให้บริการในคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จากเดิม 22



กิจกรรมลดลงเหลือ 19 กิจกรรม ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมที่มีคุณค่า 8 กิจกรรม กิจกรรมที่ไม่มีคุณค่าแต่จำเป็นต้องทำ 11 กิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bleustein, et al. (2014) ที่พบว่าระยะเวลาการรอคอยที่น้อยมีแนวโน้มเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการและทัศนคติที่ดีต่อบริการที่ผู้ป่วยได้รับ ความพึงพอใจของผู้ป่วยในภาพรวมหลังการปรับปรุงด้วยแนวคิดแบบลีนมีระดับที่สูงกว่าก่อนการปรับปรุง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวลักษณ์ มนูญญา (2560) ที่ศึกษาผลการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิดลีนต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดภายหลังการใช้แนวคิดลีนในการจัดบริการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดมีระยะเวลาการรอคอยสั้นกว่าระบบบริการแบบปกติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวคิดลีนในการจัดบริการพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดภายหลังการใช้แนวคิดลีนมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบปกติ

การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนในการปรับปรุงกระบวนการให้บริการพยาบาลจะช่วยให้มองเห็นคุณค่าของงานและความสูญเสียในกระบวนการให้บริการพยาบาลชัดเจนมากขึ้น การวิเคราะห์และกำจัดความสูญเสียทำให้กระบวนการให้บริการพยาบาลมีคุณค่าของงานจากการที่ระบบงานมีการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็นครบถ้วนสามารถลดระยะเวลาในการมารับบริการได้ และช่วยเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยอีกด้วย

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1.1 บุคลากรประจำแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมควรนำรูปแบบงานรับผู้ป่วยตามนัดมานอนโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการนัดมานอนโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมุทรสาครควรส่งเสริมการนำรูปแบบการรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในกลุ่มโรคอื่นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้กับงานในระบบต่างๆ เช่น ระบบงานบริการ ระบบสนับสนุนทรัพยากรให้แก่งานบริการ ระบบบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาภายในองค์กรอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง และยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- ชญาภา เยโโพธิ์. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนโรงพยาบาล พัทธภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(3), 54-63.
- นฤมล ไชยวารี, ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์, และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). การประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้บริการคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(4), 112-127.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- วนิดา รักผกาวงศ์, จิราภรณ์ สาชะรุ่ง, รัตนากร ทวีเฉลิมดิษฐ์, อธิชา ฉันทุฒินันท์, ธนวัฒน์ ฉัตรทวีลาภ, และภัณฑิรา ปริญญารักษ์. (2564). ระยะเวลาการรอคอยและระยะเวลาให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป ขนาดกลาง ภาคเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารเภสัชกรรมคลินิก*, 27(2), 53-63.
- วิชชุดา ภาคพิเศษ และจันทรัตน์ สิริธรรณันท์. (2560). การนำระบบลีนมาประยุกต์ใช้ในงานบริการผู้ป่วยนอก ของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(1), 18-31.
- เสาวลักษณ์ มนูญญา. (2560). ผลการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิดลีนต่อระยะเวลาการรอคอยความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 72-81.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2561). *HA update 2018*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1975). *Development of induce of Michigan access to medical care*. Health Administration Press.
- Bleustein, C., Rothschild, D.B, Valen, A., Valaitis, E., Schweitzer, L., & Jones, R. (2014). Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American Journal of Managed Care*, 20(5), 393-400.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*. (2rd ed). Free Press, Simon & Schuster, Inc.



ผลของโปรแกรมป้องกันแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังท่านอนคว่ำ

นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี*, สุจารีย์ ภูพิพัฒน์ภาพ**, สุพัตรา ทองคำ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับต่อการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 168 ราย ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 84 ราย ด้วยการสุ่มเข้ากลุ่ม ใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบแบบไคสแควร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย: 1) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับมีอัตราการเกิดแผลกดทับที่บริเวณใบหน้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการเกิดแผลกดทับมีความรุนแรงของแผลกดทับบริเวณใบหน้า ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม

สรุปและข้อเสนอแนะ: นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังด้วยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าขณะผ่าตัด

คำสำคัญ: แผลกดทับ, การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ, การผ่าตัดกระดูกสันหลัง

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568 หน้า 66-80

* วิทยาลัยพยาบาลประจำหน่วยระงับความรู้สึก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

** วิทยาลัยแพทย์ประจำภาควิชาวิสัญญี โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

Corresponding author, e-mail: sujaree@nmu.ac.th Tel. 081-8011547

วันที่รับบทความ: 30 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 มิถุนายน 2568, วันที่ตอบรับบทความ: 25 มิถุนายน 2568



Effects of Facial Pressure Sore Prevention Program for Spine Surgery in Prone Position

Nuntawan Supprasertdee*, Sujaree Poopipatpab**, Supattra Thongkam*

Abstract

Purpose: Aimed to study the effects of a facial pressure sore prevention program in patients who received general anesthesia for spine surgery in prone position.

Design: Randomized controlled trial

Method: The sample consisted of 168 patients who underwent spinal surgery at Vajira Hospital, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. A convenience sampling method was employed, with participants randomly assigned into experimental and control groups, each comprising 84 individuals. Data analysis was conducted using the chi-square test at a statistical significance level of 0.05.

Main findings: 1) The group of participants who received the facial pressure ulcer prevention program experienced a significantly lower incidence of facial pressure ulcers compared to the control group. 2) The participants who received the facial pressure ulcer prevention program had a lower stage of facial pressure ulcers than those in the control group.

Conclusion and recommendations: The results of the study will be used as guidelines for providing care to patients undergoing spinal surgery who receive general anesthesia in the prone position to prevent pressure sores on the face during surgery.

Keywords: Pressure sores, General anesthesia in the prone position, Spine surgery

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2025, 12(1), 66-80

* Nurse Anesthetist, Faculty of Medicine Vajira Hospital

** Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Vajira Hospital

Corresponding author, e-mail: sujaree@nmu.ac.th Tel. 081-8011547

Received: 30 March 2025,

Revised: 20 June 2025,

Accepted: 25 June 2025



ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการที่ร่างกายทับตัวเอง ด้วยการนอนหรือนั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานเกินไป จนทำให้เลือดไปเลี้ยงผิวหนังลดลงและเกิดการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อจากการขาดเลือด อันเป็นผลจากการถูกกดทับเป็นเวลานานๆ แผลกดทับมักจะเกิดบริเวณเนื้อเยื่อที่อยู่เหนือปุ่มกระดูกเมื่อมีการกดทับผิวหนังที่ทับกับปุ่มกระดูกตลอดเวลาและเป็นเวลานาน จะทำให้มีการอุดตันการไหลของหลอดเลือดฝอยส่งผลให้เลือดไม่สามารถมาหล่อเลี้ยงผิวหนังและเนื้อเยื่อรอบๆ ได้ จึงทำให้เซลล์ในบริเวณนั้นขาดออกซิเจน จนเกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆ ขึ้นและกลายเป็นแผลกดทับได้ แรงกดบริเวณหลอดเลือดฝอยที่จะไม่ทำให้เกิดพยาธิสภาพนั้นมีค่าระหว่าง 12-32 มิลลิเมตรปรอท (National Pressure Ulcer Advisory Panel: [NPUAP], 2016) ดังนั้นถ้าแรงกดมีมากกว่านี้ก็จะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและขาดออกซิเจนไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น มีรายงานว่า แรงกด 20 มิลลิเมตรปรอท นาน 2-4 ชั่วโมง หรือ 70 มิลลิเมตรปรอท นาน 1-2 ชั่วโมง ติดต่อกันจะทำให้เกิดการขาดเลือดขึ้น (จิตต์วรา ยาละ ญัฐวุฒิ ไชยลีนฟ้า และ ขวัญใจ ทศศิริ, 2559)

การเกิดแผลกดทับมักพบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถขยับตัวได้เป็นเวลานาน เช่น ผู้ป่วยอัมพาต หรือผู้ป่วยที่ดมยาสลบและได้รับการผ่าตัดเป็นเวลานาน โดยเฉพาะการผ่าตัดที่นานเกิน 2 ชั่วโมง ได้แก่ การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดในช่องปอด หรือการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งต้องใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 2 ชั่วโมงขึ้นไป บางครั้งผู้ป่วยจะต้องผ่าตัด

ในท่านอนคว่ำ หากเกิดแผลกดทับบริเวณผิวหนังและกล้ามเนื้ออาจเกิดความพิการและต้องเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยอัมพาต อัมพาต ทำได้โดยการพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและได้รับการผ่าตัดเป็นเวลานานไม่สามารถขยับตัวได้ จึงมีโอกาสที่จะเกิดแรงดันกดทับบริเวณใดบริเวณหนึ่งได้ (Kim, Lee & Ha, 2018) การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลในประเทศไทย ค.ศ. 2014 พบว่า มีอัตราการเกิด ร้อยละ 2.68 (Block , 2016) สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2556 และ 2557 พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแห่งนี้ร้อยละ 6.44 และ 5.96 ตามลำดับ (ปราณี เทพไชย ขนิษฐา นาคะ และรัตใจ เวชประสิทธิ์, 2561)

หน่วยระงับความรู้สึก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 7,790 ราย 8,204 ราย และ 8,965 ราย ตามลำดับ (หน่วยระงับความรู้สึก วชิรพยาบาล, 2561) จากข้อมูลการรายงานความเสี่ยงเฉพาะทางทางคลินิกของหน่วยระงับความรู้สึก พบว่า ความเสี่ยงที่พบเป็นลำดับที่ 1 คือ ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ โดยหน่วยระงับความรู้สึก ได้ให้บริการผู้ป่วยระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ ปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 230 ราย 255 ราย และ

302 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.53, 0.51 และ 0.65 ตามลำดับ (หน่วยระดับความรู้สึกวชิรพยาบาล, 2561) โดยหน่วยระดับความรู้สึกได้มีแนวทางการป้องกันแผลกดทับปกติประกอบด้วย ใช้วาสลีนทาใบหน้าและปุ่มกระดูกตามลำตัวผู้ป่วย ใช้ผ้าสำลี (Webrill) พันหมอนเจลที่ศีรษะของหน้าผู้ป่วย ขยับใบหน้าทุก 1 ชั่วโมง ขณะผ่าตัด ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มลมไฟฟ้า โดยห่มคลุมร่างกายช่วงล่างต่ำกว่าบริเวณผ่าตัด (หน่วยระดับความรู้สึก วชิรพยาบาล, 2561) ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดแผลกดทับจากการระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำจะต่ำกว่าตัวชี้วัดที่หน่วยงานตั้งไว้ แต่จากการทำแผนภูมิเปรียบเทียบแนวโน้มการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในตำแหน่งบริเวณใบหน้า โดยในปีงบประมาณ 2561 หน่วยระดับความรู้สึกได้ให้บริการระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยท่านอนคว่ำจำนวน 302 ราย เกิดแผลกดทับ จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.21 ซึ่งในผู้ป่วยจำนวน 55 รายนี้เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าทั้งหมด พบแผลกดทับความรุนแรงจากน้อยไปมากดังนี้ ระดับ 1 จำนวน 40 ราย ระดับ 2 จำนวน 15 ราย และไม่พบการเกิดแผลกดทับที่รุนแรงมากระดับ 3 ถึงระดับ 6 (หน่วยระดับความรู้สึก วชิรพยาบาล, 2561) ถึงแม้ว่าการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าจากการระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ จะไม่ได้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต แต่เมื่อปัญหานี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว พบว่า ผู้ป่วยและญาติรู้สึกกังวล ไม่พอใจ ห่วงการสูญเสียภาพลักษณ์ อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของโรงพยาบาลและคุณภาพการพยาบาล ซึ่งสภากา

พยาบาลและฝ่ายการพยาบาลวชิรพยาบาล ได้กำหนดให้เกิดแผลกดทับเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลในภาพรวมขององค์กรพยาบาลด้วย จึงได้พัฒนาปรับแนวทางป้องกัน การเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าจากการระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000) ร่วมกับการป้องกันแผลกดทับโดยแก้ปัญหาที่สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับในประเด็นที่สามารถแก้ไขได้ ในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ในท่านอนคว่ำอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับกับกลุ่มที่ได้รับการป้องกันแผลกดทับตามปกติ

2. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับกับกลุ่มที่ได้รับการป้องกันแผลกดทับตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

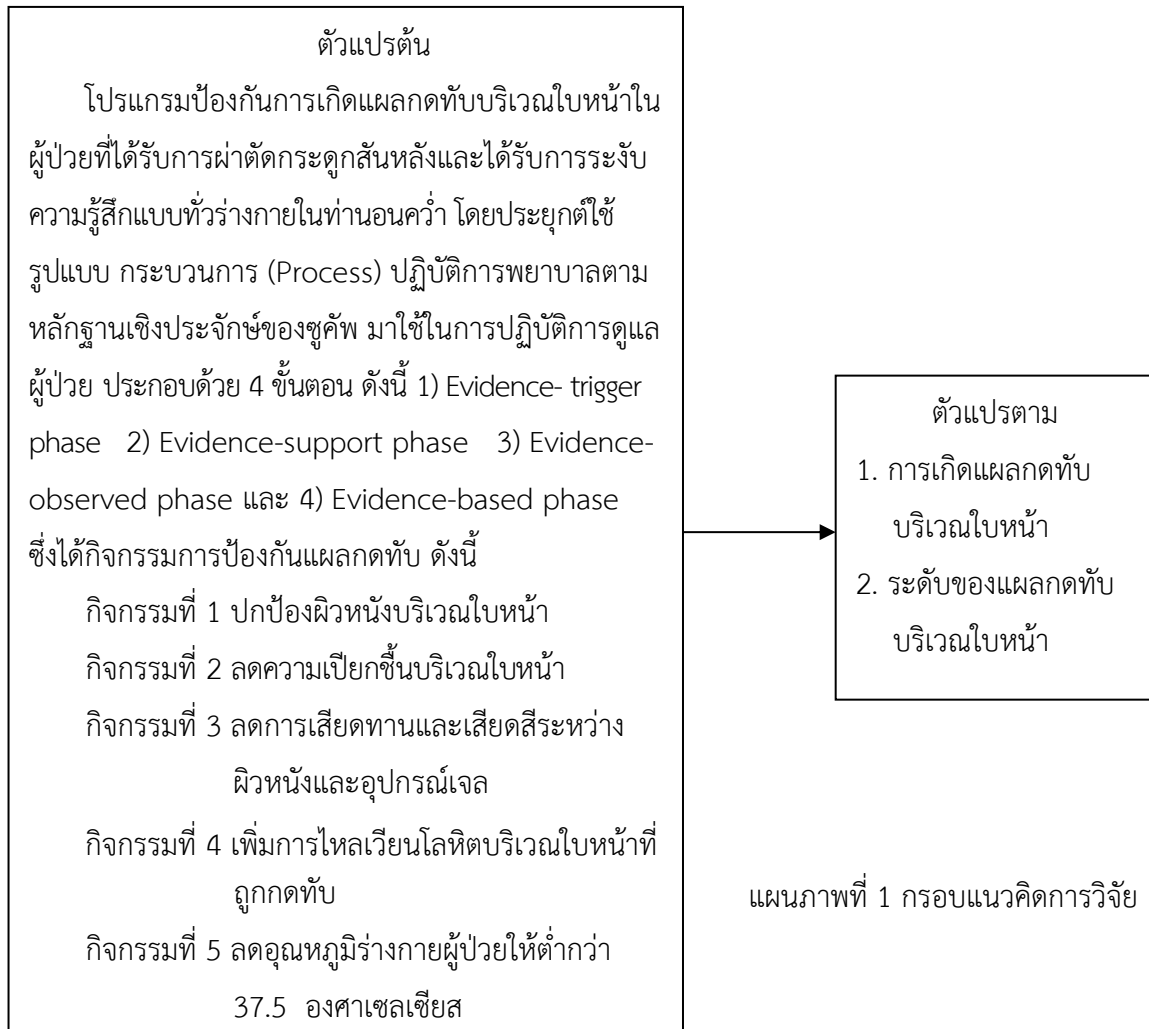
ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับ มีอัตราการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด
ของรูปแบบกระบวนการ (Process) ปฏิบัติการพยาบาล

ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000)
มาใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบที่มีการควบคุมแบบสุ่มและมีการทดสอบหลังการทดลอง (A randomized controlled trial, Post test- only control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายใน

ท่านอนคว่ำ หน่วยระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ ณ ห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และห้องผ่าตัดศัลยกรรมประสาท ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.

2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 จำนวน 168 ราย โดยอ้างอิงจากการทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) ผลการศึกษาพบค่าอัตราการเกิดแผลกดทับใบหน้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 0 (0/30) และร้อยละ 18.21 (55/302) ตามลำดับโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 20-65 ปี
2. ไม่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณ C-spine ระหว่างการผ่าตัดตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ขึ้นไป (Alderden et al., 2017)
3. ต้องใช้วัสดุ Support ร่างกายในท่านอนคว่ำชนิดที่เป็นเจล
4. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจได้ถูกต้อง
5. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย
6. ผู้ป่วยไม่แพ้วาสลีนและสามเอ็ม คาวิลอน โน สติง แบรีเออร์ ฟิล์ม (3M™ Cavilon™ NO Sting Barrier Film) โดยการทดลองทาห้องแขนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะผ่าตัด เช่น การทำงานของหัวใจผิดปกติ เกิดภาวะอาการชัก หรือเกิดอาการแพ้ยาชั้นรุนแรง ต้องย้ายผู้ป่วยไปเฝ้าระวังอาการต่อในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ
2. ผู้ป่วยมีค่า Albumin ต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร ก่อนผ่าตัด
3. ผู้ป่วยมีค่า Hematocrit ต่ำกว่า 30 % ก่อนผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เก็บจากเวชระเบียน แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย วันที่ผ่าตัด เพศ อายุ ระยะเวลาการผ่าตัด ดัชนีมวลกาย การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าความดันโลหิตสูงสุด-ต่ำสุด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการผ่าตัด และการรับความรู้สึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ประเภทผู้ป่วย (Anesthesiologists Society of America Status) ห้องผ่าตัด การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด เวลาเริ่มรับความรู้สึก เวลาเสร็จสิ้นการรับความรู้สึก การได้รับสารน้ำ ได้รับ Packed Red Blood Cells ได้รับ Fresh Frozen Plasma ได้รับ Leukocyte-Poor Packed Red Blood Cells ข้อมูลการเสียเลือด

1.2 แบบประเมินแผลกดทับ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบประเมินแผลกดทับมาจากคณะที่ปรึกษาแผลกดทับแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (NPUAP, 2016) ประกอบด้วย อุบัติการณ์การเกิดตำแหน่งแผลบริเวณใบหน้า ตำแหน่งแผลบริเวณใบหน้า และระดับแผลกดทับบริเวณใบหน้า NPUAP (2016) ได้กำหนดระดับของแผลกดทับ (Pressure injury staging) ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 ผิวหนังยังไม่แตก มีรอยแดงที่เกิดแล้วไม่ซีดจาง ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังชั้นหนังกำพร้า (Epidermis) อาจเห็นเป็นแผลเปิดตื้นๆ หรือแผลพุพองที่เต็มไปด้วยของเหลว ระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังเต็มความหนาไปถึงชั้นไขมันใต้ผิวหนัง อาจมีเนื้อตายบางส่วนแต่ยังสามารถเห็นกัน



แผลได้ ระดับ 4 ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลายลึกจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก หรือเส้นเอ็น อาจมีเนื้อตาย ระดับ 5 มีการสูญเสียผิวหนังและเนื้อเยื่อเต็มความหนา แต่ไม่สามารถระบุระยะได้แน่ชัดหรือเนื้อตายแข็งปกคลุมจนไม่สามารถเห็นกันแผล ระดับ 6 เป็นแผลกดทับที่มีรอยฟกช้ำหรือผิวหนังที่เปลี่ยนเป็นสีเข้มอาจเกิดพองหรือแตกเป็นแผล และลุกลามไปสู่ความเสียหายของเนื้อเยื่อชั้นลึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมป้องกันแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบกระบวนการ (Process) ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ และข้อแนะนำของ National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016) มาใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย กิจกรรมปกป้องผิวหนังบริเวณใบหน้า ลดความเปียกชื้นบริเวณใบหน้า ลดแรงเสียดทานและเสียดสีระหว่างผิวหนังและอุปกรณ์เจล กิจกรรมเพิ่มการไหลเวียนโลหิตบริเวณใบหน้าที่ถูกกดทับ และกิจกรรมลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยให้ต่ำกว่า 37.5 องศาเซลเซียสระหว่างการผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินแผลกดทับ 3) โปรแกรมป้องกันแผลกดทับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเนื้อหา ประกอบด้วย หัวหน้าวิสัญญีพยาบาลจำนวน 1 ท่าน หัวหน้าสาขาการพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีจำนวน 1 คน วิสัญญีแพทย์จำนวน 1 คน ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์จำนวน 1 คน

และหัวหน้าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขั้นสูง (Advanced Practice nurse) เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลกดทับจำนวน 1 คน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยมีค่าความตรงเนื้อหา 0.96, 1.0 และ 0.96 ตามลำดับ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าความสอดคล้องของเครื่องมือ (Inter-rater reliability) ระหว่างวิสัญญีพยาบาล จำนวน 4 คน โดยกำหนดให้วิสัญญีพยาบาลซึ่งเป็นหัวหน้าห้องประจำห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ จำนวน 4 คน นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล 2) แบบประเมินแผลกดทับ และ 3) โปรแกรมป้องกันแผลกดทับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดการวิจัย แล้วให้วิสัญญีพยาบาลบันทึกว่าสามารถปฏิบัติตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้หรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบความเห็นพ้อง แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงแบบหาค่าความสอดคล้อง (Percentage of agreement) โดยมีวิธีการคำนวณคือ จำนวนข้อที่เห็นพ้องกันลบด้วยจำนวนข้อที่ไม่เห็นพ้องกันหารด้วยจำนวนผลรวมของข้อที่เห็นพ้องกันคูณ 100 ซึ่งค่าที่ได้ตรวจสอบความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมินนี้ ควรได้ร้อยละ 70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2553) ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินแผลกดทับ และ 3) โปรแกรมป้องกันแผลกดทับที่สร้างขึ้นได้เท่ากับร้อยละ 100 ทั้งหมดเท่ากัน จากวิสัญญีพยาบาลหัวหน้าห้องประจำห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์จำนวนทั้งหมด 4 ราย



วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ยื่นหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยพบผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และห้องผ่าตัดศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอน และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบง่ายโดยการให้หมายเลขแต่ละคน แล้วจับสลากเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางการป้องกันแผลกดทับปกติ
6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เริ่มการผ่าตัดจนสิ้นสุดการผ่าตัดในห้องผ่าตัด หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เลขที่โครงการ ตาม

เลขที่ได้รับอนุมัติเลข 032/62 แล้วจึงชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัยของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยการสมัครใจ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลออกแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square test and Fisher's exact test โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ $p\text{-value} < 0.05$

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ระดับการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่จำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึก แบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำที่เข้ารับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และห้องผ่าตัดศัลยกรรมประสาท จำนวน 168 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 84 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 84 ราย ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัด รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=168)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=84)		กลุ่มทดลอง (n=84)		t* / χ^{2**}	df	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
เพศ					1.17**	1.00	0.28
ชาย	37.00	44.05	33.00	39.29			
หญิง	47.00	55.95	51.00	60.71			
อายุ					2.62*	1.00	0.11
20-48 ปี	36.00	42.86	18.00	21.43			
49-65 ปี	48.00	57.14	66.00	78.57			
	(M=47.88, SD=14.83)		(M=56.70, SD= 10.81)				
ระยะเวลาการผ่าตัด					0.76*	1.00	0.38
2-4 ชั่วโมง	46.00	57.14	29.00	34.52			
มากกว่า 4 ชั่วโมงขึ้นไป	38.00	42.86	55.00	65.48			
	(M=3.94, SD=1.51)		(M=4.44, SD=1.65)				
ดัชนีมวลกาย					0.45*	1.00	0.49
ปกติ (18.5-22.9)	38.00	45.24	32.00	38.10			
มากกว่าปกติ (>23.0)	46.00	54.76	52.00	61.90			
	(M=23.63, SD=3.59)		(M=24.86, SD=4.41)				
การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด					1.08*	1.00	0.29
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร	70.00	83.33	70.00	83.33			
มากกว่า 1,000 มิลลิลิตร	14.00	16.67	14.00	16.67			
	(M=643.65, SD=4.76)		(M=558.87, SD=5.65)				

กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 1 พบว่า เพศ อายุ ระยะเวลาการผ่าตัด ดัชนีมวลกาย และการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=168)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=84)		กลุ่มทดลอง (n=84)		t*	df	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ค่า Albumin					1.78*	166.00	0.08
มากกว่า 3.5 กรัม	84.00	100.00	84.00	100.00			
ต่อเดซิลิตร							
	(M=3.73, SD= 0.27)		(M=3.81, SD=0.30)				
ค่า Hematocrit					-0.90*	166.00	0.36
มากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์	84.00	100.00	84.00	100.00			
	(M=37.78, SD=4.49)		(M=37.15, SD=4.66)				

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่า Albumin และค่า Hematocritของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=168)

กลุ่ม	การเกิดแผลกดทับ						χ^2	df	P-value
	เกิด		ไม่เกิด		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ควบคุม	30.00	35.71	54.00	64.29	84.00	100.00	25.49	1	<0.001*
ทดลอง	3.00	3.57	81.00	96.43	84.00	100.00			

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มควบคุมจำนวน 84 ราย เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าจำนวน 30 ราย คิดเป็น ร้อยละ 35.71 ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้า จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 64.29) ส่วนในกลุ่มทดลอง จำนวน 84 ราย เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้า จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.57) ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้า จำนวน 81 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 96.43 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้า พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ ในกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมป้องกันแผลกดทับ มีอัตราเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกันแผลกดทับตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับตามระดับการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=168)

การเกิดแผลกดทับ	กลุ่มควบคุม (n=84)		กลุ่มทดลอง (n=84)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับที่ 1	27.00	32.14	3.00	3.57
ระดับที่ 2	3.00	3.57	0.00	0.00

จากตารางที่ 4 ในกลุ่มควบคุม พบความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าในระดับที่ 1 จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 32.14) และเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าระดับที่ 2 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.57) ส่วนในกลุ่มทดลอง พบเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าระดับที่ 1 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.57) และไม่พบการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าระดับที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของการให้โปรแกรมป้องกันแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ อภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ และได้รับโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับ เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกันแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิง

ประจักษ์ของซุคัพ โดยมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) Evidence-trigger phase เป็นขั้นตอนในการกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกที่มาจากการปฏิบัติและแหล่งความรู้ 2) Evidence-support phase เป็นระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศเกี่ยวกับประเด็นปัญหาแผลกดทับ 3) Evidence-observed phase เป็นระยะที่นำโปรแกรมป้องกันการเกิดแผลกดทับไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจศึกษา 4) Evidence-based phase ระย่นำผลการใช้โปรแกรมป้องกันการเกิดแผลกดทับเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) จึงทำให้เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตต์วรา ยาละ ญัฐภูมิ ไชยลีนฟ้า และขวัญใจ ทศศิริ (2559) ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่นิ้วเท้าขณะผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยศึกษาที่ห้องผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่จัดทำนอนหงายเหยียดขาที่ไม่ใช้อุปกรณ์กันเท้า กับผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์กันเท้าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ

ทั้งสองกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < 0.001$) ซึ่งฉัตรวลัย ใจอารีย์ และสุภาพ ลิ้มเจริญ (2563) ได้ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลนครปฐม โดยการเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Risk assessment for pressure injury) 2) การประเมินผิวหนังและการดูแลความสะอาดผิวหนัง (Skin assessment and cleansing) 3) การดูแลโภชนาการ (Nutrition) 4) การจัดท่าพลิกตัว (positioning) 5) การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด (Pressure relieving) และ 6) การจัดโปรแกรมให้ความรู้ (Educational programs) ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม โดยมีอัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 3.19 และ 7.05 ครั้งต่อ 1000 วันนอนกลุ่มเสี่ยง ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) และการศึกษาของ Yoshimura et al. (2018) ศึกษาประสิทธิภาพของแผ่นซิลิโคนชนิดนุ่มกับแผ่นฟิล์มโพลียูรีเทนในการป้องกันแผลกดทับขณะผ่าตัดกระดูกสันหลังในห้องผ่าตัดกระดูกสันหลังในประเทศญี่ปุ่น โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการนัดผ่าตัดกระดูกสันหลังในท่านอนคว่ำ ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลที่สังกัดมหาวิทยาลัยในประเทศญี่ปุ่นจำนวน 100 ราย ทดลองบริเวณหน้าอก พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้แผ่นซิลิโคนชนิดนุ่มลดการเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้

แผ่นฟิล์มโพลียูรีเทน ส่วน Davood et al. (2018) ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เจลวุ้นทางจะเข้ในการป้องกันแผลกดทับผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วยออร์โธปีดิกส์ ในเมืองอาร์ก ประเทศอิหร่านจำนวน 80 ราย ตำแหน่งที่ทดลอง คือบริเวณ สะโพก ก้นกบ และสันเท้า และประเมินการเกิดแผลกดทับในวันที่ 3, 7 และ 10 พบว่า การเกิดแผลกดทับทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ใช้เจลวุ้นทางจะเข้สามารถป้องกันแผลกดทับได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการป้องกันตามปกติ

2. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำและได้รับโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับตามระดับแผลกดทับบริเวณใบหน้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกันแผลกดทับตามปกติ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมป้องกันแผลกดทับ มีระดับการเกิดแผลกดทับในระดับ 1 และ ระดับ 2 ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกันแผลกดทับตามปกติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกันแผลกดทับตามปกติ เกิดแผลกดทับระดับ 1 จำนวน 27 ราย และระดับ 2 จำนวน 3 ราย ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมป้องกันแผลกดทับ เกิดแผลกดทับระดับ 1 จำนวน 3 ราย และไม่พบแผลกดทับในระดับ 2 ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมเฉพาะทาง ได้แก่ 1) ปกป้องผิวหนังบริเวณใบหน้า 2) ลดความเปียกชื้นบริเวณใบหน้า 3) ลดการเสียดทานและเสียดสีระหว่างผิวหนังและอุปกรณ์เจล 4) เพิ่มการไหลเวียนโลหิตบริเวณใบหน้าที่ถูกกดทับ และ 5) ลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยให้ต่ำกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

สามารถลดความรุนแรงของแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ แนวปฏิบัติทางคลินิกสากลเพื่อการป้องกันและการรักษาแผลกดทับ โดย Haester (2019) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องจัดท่านอนคว่ำระหว่างการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ควรใช้วัสดุรองรับที่เหมาะสม เช่น แผ่นโฟมป้องกัน (Prophylactic foam dressings) บริเวณที่มีแรงกดสูง เช่น หน้าผาก คาง และกระดูกไหปลาร้าควรมีการประเมินความเสี่ยงเป็นรายบุคคล มีการปรับเปลี่ยนท่าทางเมื่อมีการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน และทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการฝึกอบรมด้านการจัดท่าผู้ป่วยที่เหมาะสมและการเลือกใช้เทคโนโลยีวัสดุรองรับแรงกดสามารถลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล วิสัยทัศน์พยาบาลควรนำผลของการศึกษาไปเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าขณะผ่าตัด

2. ด้านการบริหารการพยาบาล หน่วยงานระงับความรู้สึกควรนำผลการศึกษาไปวางแผนการจัดการเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ

3. ด้านวิชาการพยาบาล ควรนำผลการศึกษาที่ได้นำเสนอในที่ประชุมวิสัยทัศน์พยาบาลประจำปีเพื่อถ่ายทอดผลการศึกษาที่ได้ให้กับวิสัยทัศน์พยาบาลทั่วประเทศไทย ได้นำโปรแกรมป้องกันแผลกดทับ ไปใช้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในท่านอนคว่ำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการเกิดแผลกดทับเฉพาะบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จึงควรขยายผลการใช้โปรแกรมนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดอื่นๆ และได้รับการระงับความรู้สึกในระยะเวลาที่ยาวนานเพราะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูกอื่นๆ ที่ได้รับการกดทับ

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในกลุ่มที่เกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้า เช่น BMI ระดับแอลบูมิน เพื่อหาแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ในท่านอนคว่ำ



เอกสารอ้างอิง

- จิตต์วรา ยาละ, ณัฐวุฒิ ไชยลีนฟ้า, และขวัญใจ ทศศิริ. (2559). ประสิทธิภาพของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับที่นิ้วเท้าขณะผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงรายเวชสาร*, 8(1), 15-22.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปราณี เทพไชย, ขนิษฐา นาคะ, และรัตใจ เวชประสิทธิ์. (2561). การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลห้องผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(3), 38-51.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์ และสุภาพ ลัมเจริญ. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 39(4), 684-696.
- หน่วยระงับความรู้สึก วชิรพยาบาล. (2561). *ข้อมูลหน่วยงานระงับความรู้สึกประจำปีงบประมาณ 2561*. [เอกสารหน่วยระงับความรู้สึก วชิรพยาบาล]. ฝ่ายกายพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., & Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 97-114.
- Block, L. J. (2016). *Mapping nursing wound care data elements to SNOMED-CT PubMed*. [Doctoral dissertation, University of British Columbia].
- Brown, K., & Johnson, L. (2020). Preventing pressure injuries in hospitalized patients: A systematic review. *Journal of Wound Care*, 29(5), 225-232.
- Davood, H., Fatemeh M., Kobra R. & Atefeh A. (2018). The effect of Aloe Vera gel on prevention of pressure ulcers in patients hospitalized in the orthopedic wards: a randomized triple blind clinical trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2326-2>.
- Haesler E. (Ed.). (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guidelines. The international guideline* (3 rd ed.) European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), national Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and Pan Pacific pressure Injury Alliance (PPPIA). https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/127/956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf
- Kim JM, Lee H, Ha T, Na S. (2018). Perioperative factors associated with pressure ulcer development after major surgery. *Korean J Anesthesiol*, 71(1), 48-51. <https://doi.org/10.4097/kjae.2018.71.1.48>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). *NPUAP pressure injury stages*. <http://www.npuap.org>



- Soukup, M. (2000). The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinics of North America*, 35, 301-9.
- Yoshimura, M., Ohura, N., Tanaka, J., Ichimura, S., Kasuya, Y., Hotta, O., Kagaya, Y., Sekiyama, T., Tannba, M., & Suzuki, N. (2018). Soft silicone foam dressing is more effective than polyurethane film dressing for preventing intraoperatively acquired pressure ulcers in spinal surgery patients: the Border Operating room Spinal Surgery (BOSS) trial in Japan. *International Wound Journal*, 15(2), 188–197.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

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

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
2. บทความวิชาการทางการแพทย์พยาบาล

การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

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

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

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

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

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



4. บทคัดย่อ และ Abstract ต้องมีทั้งบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยพิมพ์แยกหน้าพร้อม Footnote ความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

4.1 บทคัดย่อ ของบทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาวไม่เกิน 250-350 คำ โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามหัวข้อดังนี้ ดังตัวอย่าง

4.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย (Purpose)

4.1.2 รูปแบบการวิจัย (Design)

4.1.3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

4.1.4 ผลการวิจัย (Main findings)

4.1.5 สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations)

4.1.6 คำสำคัญ (Keywords)

4.2 บทคัดย่อของบทความวิชาการ ความยาวไม่เกิน 250-300 คำ ทั้งบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทย

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

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

7. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา จะต้องมียืนยันของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. รูปแบบของการเขียนบทความ

8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ ดังนี้

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

8.1.2 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

8.1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8.1.4 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย ต้องอธิบายพร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอสังเขป

8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้วขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง



8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.9.1 ค่าเฉลี่ย ใช้สัญลักษณ์ตัวอักษร M เป็นตัวปกติ “M”

8.1.9.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สัญลักษณ์ตัวอักษร SD เป็นตัวปกติ “SD”

8.1.9.3 ค่าสถิติพื้นฐานอื่น ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองในนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=76)

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

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

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

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

8.2 บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

8.2.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ, คำสำคัญและ Keywords อยู่หน้าแรก และหน้าที 2

8.2.2 เนื้อหาบทความอยู่หน้าที 3 ประกอบด้วยบทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป โดยเนื้อหาบทความควรเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ และนำไปสู่บทสรุป ข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล

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

10. การส่งบทความและการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

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

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

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

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

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

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

โดยจะเริ่มใช้กับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 เป็นต้น

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

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



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

งวดที่สอง ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จำนวน 1,000 บาท (ชำระเมื่อบทความได้รับตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารได้)

กระบวนการพิจารณาบทความและประเมินบทความ

การพิจารณาบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ในระบบ ThaiJO บรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารดำเนินการพิจารณาตามขั้นตอน ดังนี้

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



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

7. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบการแก้ไขบทความภายหลังที่ผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง โดยผู้เขียนต้องแก้ไขให้ถูกต้องและส่งคืนภายในระยะเวลาที่กำหนด วารสารจึงออกหนังสือรับรองตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จึงถือว่าสิ้นสุดกระบวนการ

8. กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการ ประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

9. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการประเมินบทความให้ผู้เขียนทราบผ่านระบบ ThaiJO เท่านั้น ในกรณีที่บทความไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์

10. เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ฝ่ายเดียว

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

12. การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนภายในสถาบันกองบรรณาธิการ จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

13. บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขพร้อมชี้แจงการปรับแก้ไขในแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

14. บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

15. เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว



11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

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

11.2 ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

11.3 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ภายในสถาบันกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.4 บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลต์ (Highlight) ส่วนที่แก้ไขพร้อมชี้แจงการแก้ไขในแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.7 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว



สถานที่ติดต่อ

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

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

การเขียนอ้างอิง

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

1. อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

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

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

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



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

2. อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

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

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

3. อ้างอิงจากวารสาร

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



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

4. อ้างอิงจากหนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

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

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

5.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์

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



5.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

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

5.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

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

6. อ้างอิงจากรายงาน

6.1 รายงานที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น

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

6.2 รายงานที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

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

7. อ้างอิงจากเอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการที่ไม่มี proceeding (Symposium)

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

8. อ้างอิงจากการนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentaion)

8.1 การนำเสนองานวิจัย

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

8.2 การนำเสนอโปสเตอร์

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

9. อ้างอิงจากรายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding)

9.1 ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ

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

9.2 ในรูปแบบวารสาร

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

10. อ้างอิงจากเอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เอกสารประกอบการเรียน)

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

11. อ้างอิงจากเว็บไซต์ (Website)

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

12. อ้างอิงจากสารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง

12.1 สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)

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

12.2 สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

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

12.3 อ้างอิงจากราชกิจจานุเบกษา

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

การอ้างอิงในเนื้อหา

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

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

ตัวอย่างบทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ
เขตบริการสุขภาพที่ 4*

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

บทคัดย่อ

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

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์

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

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

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารควรจัดสรรสวัสดิการ สิ่งสนับสนุนการทำงาน และจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการทำงานและรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

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

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

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

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



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

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

Abstract

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

Design: Descriptive Correlational Research

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

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

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

Keywords: Registered nurse, Primary care unit, Job satisfaction

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

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

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

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

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

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



ตัวอย่างบทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ปาไลดา นราวุฒิพร*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีการวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคติดเชื้อหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยมีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน รวมทั้งมีการดูแลตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของโรงพยาบาลจนผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ : การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, การติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะแทรกซ้อน

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. กอนยายหอม อ. เมืองนครปฐม

จ.นครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555, 081-9419995

โทรสาร 0-3427-4500

มหาวิทยาลัยคริสเตียน ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์

ชั้น 8-9 อาคารสภาคริสตจักรในประเทศไทย

เลขที่ 328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

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