

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

3c752852746b68235d367af56812619bf59f2873dc9e522f3bee37105695cbcb

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563 Vol.7 No.2 July-December 2020 ISSN 2408-0934

บทความวิจัย

- † ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและการเกิดเย็บช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง
- † ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
- † ปัจจัยทำนายนายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี

บทความวิชาการ

- † ปัญหานี้วล็อกและการบำบัดทางการพยาบาล
- † ต้อกระจก: บทบาทพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
- † บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มอุณหภูมิกาย สำหรับผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก
- † บทบาทพยาบาลจิตเวช : การลดความเครียด ความวิตกกังวลในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
College of Nursing Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563

Vol.7 No.2 July-December 2020

ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา :

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย | สิงห์ช่างชัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.อะเคื้อ | อุณหเลขกะ |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ | อารีย์ |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ | เตชะบุญเสริมศักดิ์ |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี | อัศดรวิเศษ |
| 6. อาจารย์ ดร. เสาวนีย์ | กานต์เดชารักษ์ |

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ :

- | | | |
|--|---------------|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ | สิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา | ภูไพบูลย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา | จิระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ | มาลาธรรม | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ | กลัมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช | บุญยัง | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ | รวีวรกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร | คำผลศิริ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนนท์ | วรรณศิริ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมล | นิมิตรอานันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก | ศรีทุมมา | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร | รุจนเวช | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 14. อาจารย์ ดร. ปุณยนุช | พิมพ์ใจใส | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์บทความวิจัย (Research article) และบทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการและผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) กระบวนการประเมินคุณภาพนี้ ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบว่าผู้แต่งเป็นใคร และผู้แต่งจะไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ประเมินบทความของตน แบบ Double-blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตรงสาขาหรือเกี่ยวข้องกับสาขาไม่น้อยกว่า 2 ท่าน

นโยบาย (Open access policy)

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

จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)

หน้าที่ของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาตีพิมพ์เป็นผลงานของผู้เขียนและผู้เขียนร่วมตามที่มีชื่อปรากฏที่ระบุไว้จริง
2. หากเป็นบทความวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุแหล่งสนับสนุนการทำวิจัยไว้ในบทความ
3. บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้เขียนต้องมีหลักฐานยืนยันได้ผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองแล้ว
4. ผู้เขียนต้องรับรองความถูกต้องของเนื้อหาและรับผิดชอบความคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความที่ได้รับการตีพิมพ์

หน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการ ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมิน และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ
2. พิจารณาคัดเลือกบทความตีพิมพ์ในวารสาร รวมทั้งพิจารณาบทความที่ผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
3. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ในทุกกรณี
4. รักษามาตรฐานของวารสาร และพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและทันสมัยอยู่เสมอ

หน้าที่ของผู้ประเมิน

1. พิจารณาคุณภาพของบทความโดยอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของตนเอง ภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว
2. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งตีพิมพ์หรือข้อมูลผู้เขียนแก่บุคคลอื่นใดที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาประเมินบทความ
3. ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน

กำหนดการออกวารสาร (Publication frequency)

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

สถานที่ติดต่อ : คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

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

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

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

จัดรูปเล่ม : ทีมเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กรและการตลาด มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer)

1. ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. รองศาสตราจารย์ ดร. กนิษฐา	จำรูญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา	ประจุศิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รองศาสตราจารย์ ดร. สุนัตตรา	ตะบูนพงศ์	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
5. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
6. รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี	ศรีมรกต	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รองศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง	ธีระทองคำ	มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รองศาสตราจารย์ ดร. อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
10. รองศาสตราจารย์ ดร. อารี	ชีวะเกษมสุข	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
11. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร	กฤษเจริญ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทรัตน์	เจริญสันติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงคราญ	วิเศษกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล	ปทุมรักษ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีมนา	นิยมคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมพร	บุญญโสพรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา	แดงต่อมยุทธ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร	พูลรักษ์	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
22. อาจารย์ ดร. กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

สารบัญ

หน้า
ช

บทบรรณาธิการ Editor's Message

บทความวิจัย

- | | | |
|---|--|-------|
| ❖ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง
The Effects of Self Management Program on Self Management Knowledge and Behaviors and Occurrence of Peritonitis among Patients with Chronic Kidney Disease undergone CAPD | จุฑามาส พรหมใจมั่น
Juthamas Promchaiman | 1-15 |
| ❖ ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
Expectation and Satisfaction with Studying Law and Ethics of 2nd Year Nursing Students Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University | ไพฑูรย์ วุฒิสโส
Pitoon Vutiso | 16-30 |
| ❖ ปัจจัยทำนายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี
Factores Predicting the Risk Management of Medication Errors in Pediatric Patients under the Care of Professional Nurses at Tertiary Level Hospital in Suphanburi Province | ศศิกาญจน์ ย่นพันธ์
Sasikan Yonphan | 31-45 |
-
- | | | |
|--|---|--------|
| บทความวิชาการ | | |
| ❖ ปัญหานิ้วล็อกและการบำบัดทางการพยาบาล
Trigger Finger and Nursing Therapeutics | ฐิติมา หมอทรัพย์
Thitima Morsup | 46-59 |
| ❖ ต้อกระจก: บทบาทพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
Cataract: Roles of Nurses in Care Management for Patients Undergoing Surgery | กัณต์สินี ประสพสุวรรณ
Kansinee Prasopsuwan | 60-72 |
| ❖ บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มอุณหภูมิกาย สำหรับผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก
The Nurse's Role in Applying Nursing Innovation to Increase Body Temperature in Patients after Receiving Anesthesia | สุปราณี แต่งวงษ์
Supranee Tangwong | 73-85 |
| ❖ บทบาทพยาบาลจิตเวช: การลดความเครียด ความวิตกกังวลในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
Psychiatric Nurse's Roles in Reducing Stress and Anxiety during COVID-19 Pandemic | ทวีวรรณ บุปผาธา
Taweewan Buppata | 86-102 |

บทบรรณาธิการ

จากการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI) สำหรับวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 4 พ.ศ.2563-2567 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2563 โดยมีวารสารทั่วประเทศเข้ารับการประเมินทั้งสิ้น 928 รายชื่อ เป็นที่น่ายินดีที่ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการประเมินให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 2 (TCI Tier 2) โดยศูนย์ TCI รับรองคุณภาพของวารสาร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 ดังนั้นวารสารพยาบาลศาสตร์ฯ จึงบรรลุเป้าหมายแรกของการพัฒนาคุณภาพวารสารให้เป็นที่ยอมรับในวงการวิชาชีพการพยาบาล แต่การพัฒนาวารสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จะยังคงมีอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายคุณภาพต่อไปคือการอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพและการพยาบาล ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและ การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและ จริยศาสตร์ การบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก รวมถึงบทความวิชาการเกี่ยวกับปัญหานี้วล็อกและการบำบัดทางการพยาบาล ต่อกะจก บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มอุณหภูมิกายสำหรับผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก และบทบาทพยาบาลจิตเวชในการลดความเครียด ความวิตกกังวลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โดยบทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน และการดูแลสุขภาพได้

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุณ ช่างไม้
บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและการเกิดเย็บหู ช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

จุฑามาส พรหมใจมั่น*, ศากุล ช่างไม้**, ทิพา ต่อสกุลแก้ว***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเย็บหูช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง 2) เพื่อเปรียบเทียบการเกิดเย็บหูช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องครั้งแรก มีจำนวน 66 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 33 ราย ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 33 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้การจัดการตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบประเมินการเกิดเย็บหูช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของเคอร์ติสและคณะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test, Paired t-test และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย : ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเย็บหูช่องท้องอักเสบ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การเกิดเย็บหูช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการจัดการตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง มีความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเย็บหูช่องท้องอักเสบได้ ดังนั้นผู้บริหารควรมีการสนับสนุนให้มีการประยุกต์ในการพัฒนาศักยภาพแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

คำสำคัญ : ความรู้ในการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, การเกิดเย็บหูช่องท้องอักเสบ, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, การล้างไตทางช่องท้อง

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563 หน้า 1-15

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, e-mail: jutamas1955@gmail.com, Tel. 0817594089

วันที่รับบทความ: 1 กรกฎาคม 2563, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 ตุลาคม 2563, วันที่ตอบรับบทความ: 5 พฤศจิกายน 2563

The Effects of Self Management Program on Self Management Knowledge and Behaviors and Occurrence of Peritonitis among Patients with Chronic Kidney Disease undergone CAPD

Juthamas Promchaiman*, Sakul Changmai**, Tipa Tosakulkeaw ***

Abstract

Purpose : This research aimed to compare 1) the Self Management knowledge and behaviors in the experimental group before and after receiving self management program to prevent Peritonitis in Patients with Chronic Kidney Disease undergone Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis between experimental group and control group and 2) the incidence of peritonitis between experimental group and control group after the experiment.

Design : This was a quasi-experimental research with two-group, pretest-posttest design

Methods : The sample consisted of 66 patients, Patients with Chronic Kidney Disease having Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, divided into an experimental group and a control group with 33 patients in each group. The research instrument was divided into two parts as follows: 1) Instrument for data collection, consisted of personal data questionnaire, Knowledge of Self-anagement knowledge questionnaire, Self-Management Behavioral questionnaire and a peritonitis evaluation form, and 2) the Self-Management Program was developed based on Curtin, et al. Data were analyzed using Independent as well as Paired t-test and Fisher's Exact Test.

Main findings : The research results showed that the knowledge and self-management behaviors of the experimental group after receiving the program were significantly higher than before ($p < 0.05$) and higher than in the control group. There was no significant difference on the occurrence of peritonitis among the experimental group comparing to the control group ($p > 0.05$).

Conclusion and recommendations: The Self management program appeared to be beneficial to those undergone Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis in term of enhancing their knowledge and proper behaviors. Thus, administrators should support the application of the program to develop the potential of chronic kidney disease patients undergoing peritoneal dialysis

Keywords: Self-management knowledge, Self-management behaviors, Peritonitis, Chronic kidney disease, CAPD

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(2), 1-15

* Master of Nursing Science student (Adult Nursing), College of Nursing, Christian University of Thailand

** Assistant Professor, Thesis Major-Advisor, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing),
College of Nursing, Christian University of Thailand

*** Assistant Professor, Thesis Co-Advisor, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing),
College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: jutamas1955@gmail.com, Tel. 0817594089

Received: 1 July 2020,

Revised: 20 October 2020,

Accepted: 5 November 2020

ความสำคัญปัญหาของการวิจัย

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกที่รายงานปี 2544 พบมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 234.4 ต่อล้านประชากร และเพิ่มขึ้นในปี 2550 เป็น 419.9 ต่อล้านประชากร (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) ประเทศไทยในปี 2558 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 85,485 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 24,244 ราย (Supaporn Namkaew and Nanthika Tathong, 2015) โรงพยาบาลนครปฐม ในปี 2559 ถึง 2561 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1,088, 1,268 และ 860 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 205, 295 และ 239 ราย ตามลำดับ เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ จำนวน 38 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.3, 25 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9 และ 36 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลนครปฐม, 2562) การรักษาโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องยังมีแนวโน้มการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบลดลงไม่แน่นอน จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องยังมีแนวโน้มสูงขึ้น การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมรรถภาพ และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ในการจัดการตนเองได้ดีและมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ทั้งนี้มีงานวิจัยในผู้ป่วยไตเรื้อรังจากเบาหวานที่ส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีค่าระดับครีเอตินินลดลงและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นและคุมระดับน้ำตาลได้ (อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ, 2560)

การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องก็มีความสำคัญ

เช่นเดียวกัน เพราะก่อนที่จะทำการวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญโรคไตทั้งด้านความรู้และการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งการจัดการตนเองด้วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่าแนวคิดสำคัญที่ส่งเสริมและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ที่มีการศึกษามากขึ้นในปัจจุบันคือ แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของเคอร์ติनและคณะ (Curtin, et al., 2005) ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยมีแนวทางไว้ 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านสุขภาพ (Self-management of health care) ประกอบด้วย 5 มิติ คือ การติดต่อสื่อสาร (Communication) การมีส่วนร่วมในการดูแล (Partnership in care) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Adherence) กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-care activities) และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (Self-care self-efficacy) และองค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (Self-management in everyday life) ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกาย การจัดการด้านอารมณ์ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ และการทำบทบาทหน้าที่ตามปกติ เป็นการดำรงชีวิตอยู่กับโรคไตเรื้อรังให้เป็นไปอย่างปกติให้ได้ในแต่ละวัน ทั้งนี้การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้การจัดการตนเอง มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี และไม่เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่สามารถป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ คือ การมีความรู้แล้วนำไปสู่การมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการทำแผลหน้าท้องในห้องมิชิต การไม่มีเชื้อสัณ

ในบ้าน การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก และการล้างมือด้วยสบู่เหลว (แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2558) มีการสังเกตภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองและได้ปรึกษากับแพทย์หรือพยาบาล (สุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาสุขะ, 2556) การมีความรู้ถึงสถานการณ์ปัญหาที่จะเกิดอันตรายกับตนเอง (ศศิพิมพ์ ไพโรจน์-กิตระกุล, ชีรนุช ห่านรัตติย และศุภชัย ฐิตอาชากุล, 2557) การมีความรู้ในการจัดการตนเองที่ชัดเจนนำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, จุริรัตน์ กอเจริญยศ และอภิญญา กุลทะเล, 2561) และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพในการซักถามปัญหาต่างๆ หรือข้อสงสัยให้เข้าใจที่ลึกซึ้ง (เสาวนีย์ ชนะพาล, 2558) แต่ถ้ามีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการตนเอง ทั้งการดูแลด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Curtin, Johnson and Schatell, 2004) และอาจนำไปสู่การเกิดเย็บช่องท้องอักเสบ ได้ง่าย ส่งผลให้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม โดยเฉพาะผู้ป่วยไตเรื้อรัง จึงสนใจที่จะส่งเสริมการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยมีการป้องกันการเกิดเย็บช่องท้องอักเสบด้วยตนเองได้ และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเย็บช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ของทั้งสองกลุ่ม

3. เพื่อเปรียบเทียบ การเกิดเย็บช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

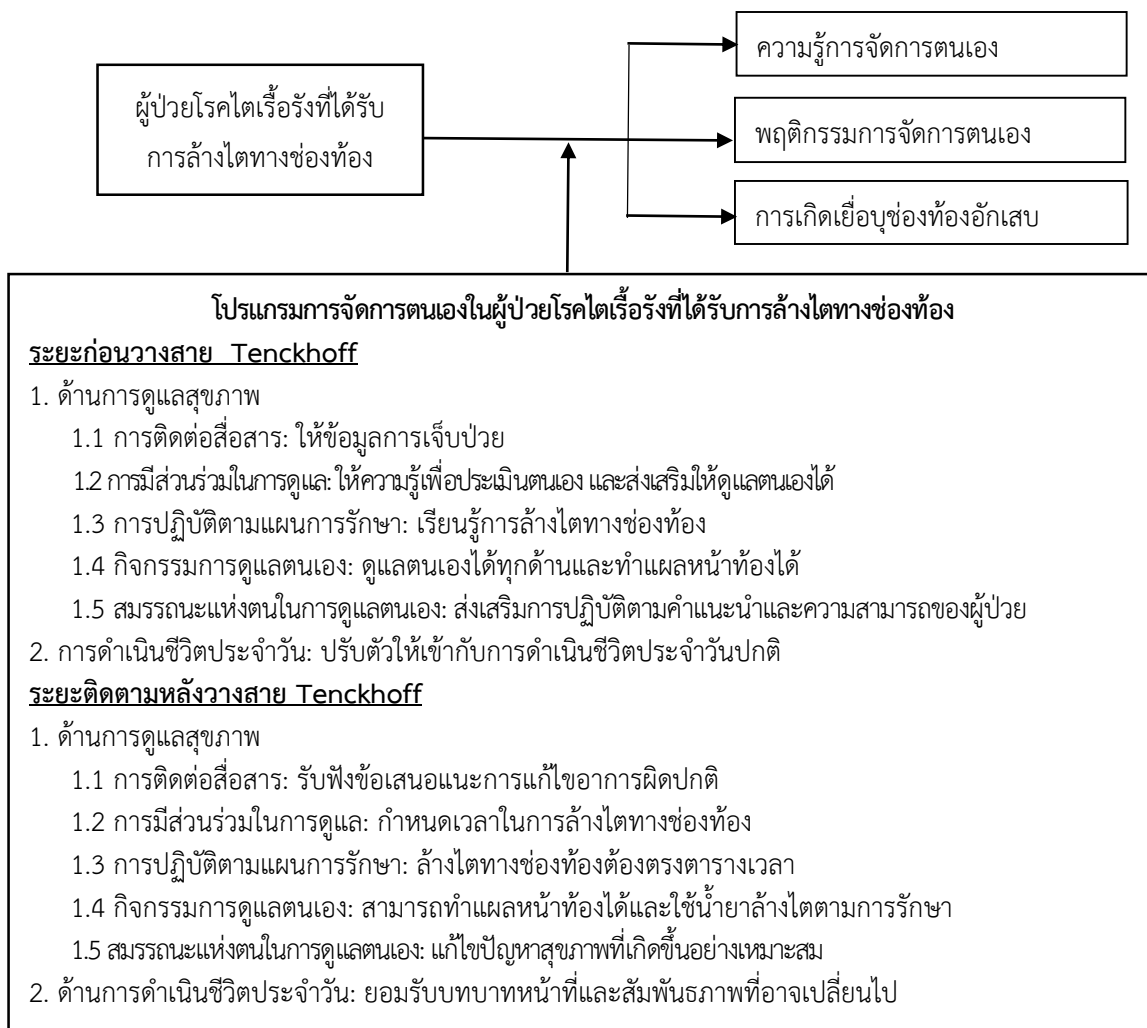
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคอร์ติनและคณะ (Curtin, Johnson and Schatell, 2004 ; Curtin & Curtin, 2005) (ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการวิจัยและนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนการวางสายล้างไตทางช่องท้อง และการจัดการตนเองหลังวางสายล้างไตทางช่องท้อง ดังนี้ การจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนการวางสายล้างไตทางช่องท้อง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1) การติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา พร้อมกับรับฟังปัญหาผู้ป่วย 2) การมีส่วนร่วมในการดูแล โดยผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการดูแลสุขภาพตนเอง 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองได้ 4) กิจกรรมการดูแลตนเอง โดยต้องเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ และ 5) สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ และองค์ประกอบที่ 2 ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) การปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันปกติให้ได้ 2) การจัดการด้านอารมณ์ที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อน 3) การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพปกติ และ 4) การทำบทบาทหน้าที่ตามปกติของตนเอง

การจัดการตนเองระยะติดตามหลังการวางสายล้างไตทางช่องท้อง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบเช่นเดียวกัน คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านการดูแล

สุขภาพ ประกอบด้วย 1) การติดต่อสื่อสาร ใช้ติดต่อโดยตรงกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ รับฟังปัญหา ให้ข้อเสนอแนะ 2) การมีส่วนร่วมในการดูแล โดยกำหนดเวลาการล้างไตทางช่องท้อง 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษาล้างไตทางช่องท้องตามเวลาและสังเกตภาวะเลือดออกจากบาดแผลและในช่องท้อง 4) กิจกรรมการดูแลตนเองดูแลแผลท่อทางออกจากสายล้างไตทางช่องท้อง (Exit site) ไม่ให้เปียกน้ำ ดูแลการเกิดแฉกในช่องท้องให้น้อยที่สุด สามารถทำแผลหน้าท้องได้ และ 5) สมรรถนะแห่งตนในการ

ดูแลตนเอง แก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยต้องปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันปกติให้ได้ 2) ยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะภาพลักษณ์ที่ต้องมีสายล้างไตติดอยู่ที่หน้าท้อง 3) การมีสัมพันธภาพ การทำบทบาทหน้าที่ปกติ และการยอมรับบทบาทที่เปลี่ยนไป และ 4) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วย จัดการด้านอารมณ์ได้เหมาะสม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยประยุกต์จากแนวคิดของเคอร์ตินและคณะ (Curtin, et al., 2005)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แผนกผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่แพทย์และผู้ป่วยมีการตกลงว่าจะรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยงานพิเศษต่างๆ โรงพยาบาลนครปฐม กำหนดขนาดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) = 0.7 แล้วคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2 ประเมินค่าของขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว และกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) = 0.8 และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Allocation ratio) = 1 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 26 รายต่อกลุ่ม จากนั้นปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันกรณีสูญหายจากการติดตาม (Drop out) ร้อยละ 20 โดยปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร (อรุณจิรวรรณกุล, 2556)

$$n_{\text{adjust}} = \frac{n}{(1-R)} = \frac{26}{(1-0.2)} = 32.5 \text{ รายต่อกลุ่ม}$$

แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 33 ราย และกลุ่มทดลอง 33 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องและวางสาย Tenckhoff ครั้งแรก โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถล้างไตด้วยตนเองได้

3) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 4) ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบ TMSE-Thai 2002 และ 5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ที่เป็นแบบ Smart Phone และมีเกณฑ์การคัดออกคือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดระยะ 1 เดือน 2) ผู้ป่วยที่พิการแขน และ 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนแรงแขนขาข้างเดียว จากนั้นใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ จึงทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ออกจากการศึกษาที่กำหนดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูล เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย โรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

1.2 แบบประเมินความรู้การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พัฒนามาจากแบบประเมินความรู้การจัดการตนเองของสุทธาสินี วีระเดชะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพ 29 ข้อ และการดำเนินชีวิตประจำวัน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 39 ข้อ ลักษณะคำตอบคือ ใช่และไม่ใช่ หากตอบได้ถูกต้องตามเนื้อหาความรู้ จะได้คะแนน 1 คะแนน หากตอบผิดไม่มี

คะแนนในข้อนั้น ซึ่งคะแนนความรู้อย่างมากแสดงว่ามีความรู้มาก

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้อง พัฒนามาจากแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของสุธาสินี วีระเดชะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการดูแลสุขภาพ 28 ข้อ และการดำเนินชีวิตประจำวัน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 39 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่ใช่เลย หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองตามข้อนั้น ได้ 0 คะแนน, ใช้น้อยมาก หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อยมาก หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้ 1 คะแนน, ใช้อย่างน้อย หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการจัดการตนเองบางครั้ง หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้ 2 คะแนน, ใช้อยู่บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการจัดการตนเองบ่อยครั้ง หรือ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ได้ 3 คะแนน และใช้ตลอดเวลา หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่เสมอหรือทุกวัน ได้ 4 คะแนน ซึ่งคะแนนพฤติกรรมมากแสดงถึงการมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นมาก

1.4 แบบประเมินการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ เป็นแบบบันทึกผลการตรวจ อาการทางคลินิก และการเก็บน้ำล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis fluid: PDF) ส่งตรวจถ้าพบเซลล์เม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 ตัวต่อไมโครลิตร โดยเซลล์เม็ดเลือดขาวที่พบจะต้องเป็นเซลล์ Neutrophil มากกว่าร้อยละ 50 หรือตรวจพบเชื้อโรคจากการย้อมสีแกรมหรือการเพาะเชื้อขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ใช้เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มทดลองเท่านั้น โดยจัดสถานที่ ที่เป็นส่วนตัว

โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนและสาธิต เป็นรายบุคคล ใช้เวลา 1-1.30 ชั่วโมง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องตามแนวคิดของเคอร์ติงและคณะ (Curtin, et al., 2005) ประกอบด้วยกิจกรรมในแต่ละระยะดังต่อไปนี้

2.1.1 ระยะก่อนวางสาย Tenckhoff

องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 5 มิติคือ การติดต่อสื่อสารมีการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย รับฟังปัญหาและตกลงร่วมกันในการตอบสนองความต้องการผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลให้ความรู้เพื่อประเมินตนเองและส่งเสริมให้ดูแลตนเองได้ การปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการสาธิตการเรียนรู้การล้างไตทางช่องท้อง กิจกรรมการดูแลตนเองมีการสาธิต การทำแผลหน้าท้อง สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ส่งเสริมความสามารถและการปฏิบัติตามคำแนะนำ

องค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งเสริมการปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันปกติ จัดการอารมณ์ตนเอง การทำบทบาทหน้าที่ปกติและพึ่งพาผู้อื่นได้เหมาะสม

2.1.2 ระยะติดตามหลังวางสาย Tenckhoff ในวันที่ 1 ติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนวันที่ 3 และ 14 พบผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง

องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 5 มิติ คือ การติดต่อสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ รับฟังข้อเสนอนะ แก้อาการผิดปกติและสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ การมีส่วนร่วมในการดูแล มีการปรับปรุงและแก้ไขปัญหายอย่างเหมาะสม กำหนดเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง และตัดสินใจปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง เน้นย้ำการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ล้างไตทางช่อง

ต้องตรงตารางเวลา และควบคุมอาหาร จำกัด น้ำดื่ม รับประทานยา ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเอง ให้สามารถทำแผลหน้าท้องได้ และใช้น้ำยาล้างไต ตามการรักษา โดยผู้วิจัยสังเกตและให้กำลังใจ และให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วย จัดการด้านอารมณ์ได้เหมาะสม ทำหน้าที่ปกติ ยอมรับบทบาทหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นที่อาจเปลี่ยนไป

2.2 แผนการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องต่อพฤติกรรมจัดการตนเองมีเนื้อหาครอบคลุมความรู้ทั้ง 2 องค์ประกอบ คือ ด้านการดูแลสุขภาพ และองค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.3 Power point ซึ่งมีคลิปวิดีโอที่ประกอบทำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาความรู้เพื่อนำไปใช้ได้จริง

2.4 คู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ใช้เป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้และให้ผู้ป่วยไปทบทวน และศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมที่บ้าน พร้อม QR code ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถสแกนดูรายละเอียดได้ตลอด

2.5 แบบบันทึกอาการ ปัญหาและความต้องการ ที่พบในการเยี่ยมตรวจ และติดต่อทางโทรศัพท์ บันทึกอาการ ปัญหาและความต้องการ เพื่อใช้ประกอบการประเมินผลในแต่ละครั้ง

2.6 แผ่นพับโรคเกี่ยวกับไตเรื้อรัง การรักษา โดยการล้างไตทางช่องท้อง และข้อควรปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ทั้งแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่า CVI แบบประเมินความรู้การจัดการตนเอง เท่ากับ 0.846 และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง เท่ากับ 0.948 จากนั้นนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง โดยแบบประเมินความรู้การจัดการตนเอง ใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.639 และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.840

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาดำเนินการ 14 วัน โดยเริ่มจากวันที่ผู้ป่วยวางสาย Tenckhoff จนถึงวันนัดมาดูแลและเป็นผู้ป่วยที่วางสาย Tenckhoff ครั้งแรก หลังได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จนครบ 33 ราย และได้รับการดูแลจากพยาบาลตามปกติ จากนั้นจึงดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองจำนวน 33 ราย ซึ่งในระยะแรกของการเก็บข้อมูลในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วให้ลงนามในใบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้การจัดการตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง

จากนั้นในกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ จากพยาบาลประจำคลินิกล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ ระยะติดตามหลังจากวางสาย Tenckhoff ได้ 14 วัน ผู้วิจัยพบผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง เพื่อนำ Peritoneal dialysis fluid: PDF ส่งตรวจย้อม Gram stain, Culture ตามแผนการรักษา ให้ตอบแบบประเมินหลังการทดลอง (Post-test) ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับก่อนการทดลอง และมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องให้กับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เป็นการสิ้นสุดการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ได้ดำเนินการเป็น 2 ระยะ เหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุม คือระยะก่อนวางสาย Tenckhoff ผู้วิจัย มอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและแผ่นพับโรคไตเรื้อรัง สอนโดยการใช้สื่อต่างๆ ได้แก่ Power point ซึ่งมีคลิปวิดีโอ เพื่อให้เห็นภาพการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการใช้หุ่นจำลอง ส่วนระยะติดตามหลังวางสาย Tenckhoff ดำเนินการดังนี้ วันที่ 1 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการจัดการตนเอง รับฟังปัญหาและอุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ให้กำลังใจ ชมเชยในพฤติกรรมที่กลุ่มทดลองสามารถปรับได้ และให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม วันที่ 3 พบกลุ่มทดลองที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง รับฟังปัญหาและอุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ให้กำลังใจ ชมเชยในพฤติกรรมที่กลุ่มทดลองสามารถปรับตัวให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม และวันที่ 14 ปฏิบัติเหมือนผู้ป่วยกลุ่มควบคุม คือ นำ Peritoneal dialysis fluid ส่งตรวจเป็นการสิ้นสุดการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive analysis) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact Test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) เปรียบเทียบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้วยสถิติ Independent t-test และการวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติ Fisher's Exact Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.04/2561 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครปฐม หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยโดยอิสระ ทั้งนี้สามารถถอนตัว หรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 51.50 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 39.40 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 54.5 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 42.4 เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

มาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยกลุ่มทดลองในโปรแกรมโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact Test พบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นบุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลักและระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรังที่มีความแตกต่างกัน ($p < .05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ

การพยาบาลตามปกติทั้งรายด้านและโดยรวม ($p < .05$) ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งรายด้านและโดยรวม ($< .05$) ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และโดยรวมของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ($n=33$)

ความรู้ในการจัดการตนเอง	ก่อนทดลอง ($n=33$)		หลังทดลอง ($n=33$)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านการติดต่อสื่อสาร	0.77	0.25	1.00	0.00	-3.44	.00
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	0.65	0.35	0.98	0.08	-3.17	.00
3. ด้านการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา	0.79	0.31	1.00	0.00	-2.73	.01
4. ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	0.87	0.21	1.00	0.00	-2.97	.01
5. ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง	0.83	0.29	1.00	0.00	-2.60	.01
6. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	0.68	0.27	0.99	0.04	-4.08	.00
โดยรวม	0.76	0.22	0.99	0.03	-5.97	.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพทั้ง 5 ด้าน และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($n=66$)

ความรู้ในการจัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม ($n=33$)		กลุ่มทดลอง ($n=33$)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านการติดต่อสื่อสาร	0.93	0.12	1.00	0.00	-3.44	.00
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	0.88	0.16	0.98	0.08	-3.17	.00
3. ด้านการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา	0.95	0.10	1.00	0.00	-2.73	.01
4. ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	0.94	0.10	1.00	0.00	-2.97	.01
5. ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง	0.94	0.12	1.00	0.00	-2.60	.01
6. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	0.89	0.14	0.99	0.04	-4.08	.00
โดยรวม	0.88	0.16	0.98	0.08	-5.21	.00

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพทั้ง 5 ด้าน และด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มทดลองก่อนกับหลังการทดลอง (n=33)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ก่อนทดลอง (n=33)		หลังทดลอง (n=33)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านการติดต่อสื่อสาร	2.25	0.96	3.75	0.57	-4.45	.00
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	1.94	1.12	3.71	0.49	-3.83	.00
3. ด้านการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา	2.75	1.35	3.86	0.32	-2.35	.02
4. ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	2.55	1.17	3.83	0.38	-3.16	.00
5. ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง	2.31	1.28	3.79	0.40	-4.54	.00
6. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	2.30	1.16	3.69	0.54	-4.59	.00
โดยรวม	2.36	0.94	3.76	.41	-7.48	.00

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพทั้ง 5 ด้าน และด้านการดำเนินชีวิตประจำวันระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (n=66)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม (n=33)		กลุ่มทดลอง (n=33)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านการติดต่อสื่อสาร	2.96	0.85	3.75	0.57	-4.45	.00
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	2.89	1.12	3.71	0.49	-3.83	.00
3. ด้านการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา	3.61	0.51	3.86	0.32	-2.35	.02
4. ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	3.42	0.64	3.83	0.38	-3.16	.00
5. ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง	3.18	0.67	3.79	0.40	-4.54	.00
6. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	2.89	0.84	3.69	0.54	-4.59	.00
โดยรวม	2.96	0.85	3.76	0.57	-5.22	.00

ทั้งนี้ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ไม่มีการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมี 1 ราย ที่เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบโดยพบการติดเชื้อ และเมื่อเปรียบเทียบร้อยละ

การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบร้อยละของการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=66)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=33)		กลุ่มทดลอง (n=33)		χ^2/F^*	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ	1	3.03	0.0	0.0	1.00*	1.00

*Fisher's Exact Test

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งรายด้านและโดยรวม ($p < .05$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองที่มี 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพทั้ง 5 มิติ คือ การติดต่อสื่อสารโดยการอธิบายใช้สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมกับการทำให้ดูเป็นตัวอย่างในผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีการซักถามเรื่องที่ไม่เข้าใจ หรือสงสัย จึงเกิดการเรียนรู้ที่เข้าใจลึกซึ้งสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม อีกทั้งยังมีส่วนร่วมในการดูแลโดยมีคู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องพร้อมกับทำ QR code เพื่อสะดวกในการเรียนรู้ได้ตลอด การปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการแนะนำการเลือกเวลาที่ล้างไตทางช่องท้อง โดยปรึกษากับบุคคลที่เกี่ยวข้องให้กำหนดเวลาล้างไตทางช่องท้องที่เหมาะสมซึ่งไม่มีปัญหาในการปฏิบัติงานประจำ ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องคุณสมบัติของน้ำยาล้างไตในความเข้มข้นต่างๆ สามารถเลือกใช้น้ำยาล้างไตได้ถูกต้องและใช้โทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และในองค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์และการจัดการด้านอารมณ์ ให้อยู่ในสภาพปกติได้ ทำให้ชีวิตประจำวันยังคงดำรงได้ ส่งผลให้บุคคลเกิดกระบวนการกำกับตนเองและทักษะในการกำกับตนเอง ก่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมจนไม่เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญพร ทวีบุตร พัชราพร เกิดมงคล และขวัญใจอำนาจสัตย์ชื่อ (2560) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามแตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาทิตยา อติวิญญานนท์, ภาวนา กิริติยวงศ์ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2558) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนุทางการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการตนเองด้านบทบาทการดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับสูงแสดงถึงการที่ผู้ป่วยยังคงกิจวัตรประจำวันได้

สำหรับผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งรายด้านและโดยรวม ($p < .05$) จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่าการสาธิตและให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติจริงช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อสงสัยหรือการจัดการตนเองในทุกด้านจากผู้วิจัยได้ตลอด เพราะมีการใช้สื่อโซเชียลที่สามารถสื่อสารกันได้ตลอดเวลา ทั้งนี้มีผู้ป่วยบางรายที่มีข้อสงสัยในเรื่องอาหารและการดูแลแผลบริเวณหน้าท้อง จึงได้มีการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยจนสามารถดำเนินการจัดการสุขภาพตนเองได้

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของแพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการ

ตนเอง พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของรุจิราพร ป้องเกิด และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ (2559) ที่พบว่าโปรแกรมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของราณี อรรถนพานุรักษ์ และอนัญญา มานิตย์ (2558) ที่พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าหลังจากมีการพัฒนาระบบบริการ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเหมาะสม ทำให้คุณภาพชีวิตหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลอง

สำหรับผลการวิจัยในเรื่องการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องนั้น พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าร้อยละการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม แม้ว่าจะไม่แตกต่างกันก็ตาม ($p>.05$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการทดลองมีเพียง 14 วัน และผู้วิจัยได้ประเมินแล้วว่าในกลุ่มควบคุมเองได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำห้องล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ การดูวิดีโอการล้างไตทางช่อง สาดิการล้างมือ และการทำแผล สำหรับกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในการจัดการตนเองโดยมีเอกสารประกอบ ได้แก่ คู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง แผ่นพับ Power Point ดูวิดีโอการล้างไตทางช่องท้อง และวิดีโอการล้างมือพร้อมกับสาธิต วิธีการล้างมือ การล้างไตทางช่องท้อง และการทำแผลท่อทางออกของสายล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งครอบคลุมแนวทางการป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบด้วยเช่นเดียวกัน เพียงแต่

ในกลุ่มทดลองมีการเน้นเรื่องการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจึงพบว่าการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปาลิดา นราวุฒิพร ศากุลช่างไม้ และสมพันธ์ วิทยุธีระนันท์ (2558) ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องซึ่งเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบหรือเกิดการติดเชื้อ อาจมีปัจจัยอื่นด้วย เช่น มีการศึกษาของปรกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ (2559) ที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการรวบรวมย้อนหลังผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ยังพบว่ามีปัจจัยเกี่ยวกับค่าฮีโมโกลบินในผู้ป่วยที่มากกว่า 10.23 g/dl ไม่พบการติดเชื้อ แต่พบภาวะการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีค่าฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 9.25 g/dl ซึ่งเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบครั้งต่อไป นอกจากนั้น มีการศึกษาของ Xihui Liu et.al. (2019) ศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลย้อนกลับในผู้ป่วยที่วางสายล้างไตทางช่องท้องที่รับยาปฏิชีวนะก่อนวางสายล้างไตและไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะก่อนวางสายล้างไตในการป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ พบว่าไม่แตกต่างกันในระยะเวลา 30 วัน แต่มีผลหลัง 26.1 เดือนไปแล้วในผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะจะมีผลการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบหลัง 14.2 เดือน จากผลการวิจัยทั้งหมดสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง มีผลต่อความรู้ในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดีขึ้นเป็นไปตามที่เคอร์ดินและคณะ

(Curtin, et al., 2005) ได้ทำการศึกษาอย่างชัดเจน โดยสนับสนุนให้เห็นว่าองค์ประกอบของการจัดการตนเอง ได้แก่ องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพและองค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการสนับสนุนให้มีการประยุกต์โปรแกรมความรู้ในการจัดการตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองมาใช้ในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาศักยภาพแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมความรู้การจัดการตนเองและพฤติกรรมจัดการ

ตนเอง เป็นแนวทางการพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพการดูแลมาใช้สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องต่อไป

3. ด้านการทำวิจัย ควรใช้โปรแกรมฯ สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ โดยเพิ่มระยะเวลาในการใช้โปรแกรมอย่างน้อย 2 เดือน เพื่อศึกษาความต่อเนื่องและยั่งยืนของพฤติกรรมจัดการตนเอง เนื่องจากเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่คงทนและยาวนาน และนำปัจจัยรายด้านอื่นๆ ของความรู้ในการจัดการตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองมาใช้เป็นตัวแปรเพื่อศึกษาเพิ่มเติมในการติดตามการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). *สถิติชวนใช้ฉบับปรับปรุง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปรกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์. (2559). การติดเชื้อของการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลสุรินทร์ อะไรคือความแตกต่าง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(4), 167-172.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5), 36-48.
- ปาลิตา นราวุฒิพร, ศากุล ช่างไม้ และสมพันธ์ หิญาชีระนันท์. (2558). ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารการพยาบาล และการศึกษา*, 8(41), 41-60.
- เพ็ญพร ทวีบุตร, พัทธพร เกิดมงคล และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2560). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 129-145.
- แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2558). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลสาร*, 42(พิเศษ), 1-12.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ จุริรัตน์ กอเจริญยศ และอภิญา กุลทะเล. (2561). ประสพการณ์และวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 1(2), 42-61.
- ราณี อรรถพานิช และอนัญญา มานิตย์. (2558). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชลพบุรี. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(1), 133-148.

- รุจิราพร ป้องเกิด และทัศนาศู ชูวรรณะปรกรณ์. (2559). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 133-148.
- ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิตระกุล, ชีรนุช ห่านิรติศัย และศุภชัย จิตติอาชากุล. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วย และครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วย ล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 20(3), 325-340.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลนครปฐม. (2562). *ศูนย์บริการข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลนครปฐม*. นครปฐม: โรงพยาบาลนครปฐม.
- สุธาสินี วีระเดชะ. (2554). การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุพิชา อาจคิดการ ลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาสุขะ. (2556). พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลสาร*, 40(ฉบับพิเศษ), 22-32.
- เสาวนีย์ ชนะพาล. (2558). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2556). *การออกแบบแบบสอบถามสำหรับงานวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์.
- อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 280-291.
- อาทิตยา อติวิชญานนท์, ภาวนา กิรติยวงศ์ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2558). ศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 21(2), 173-185.
- Bender F.H., J Bernardini J and Piraino B. (2011). *Prevention of infectious complications in Peritoneal dialysis: best demonstrated practices*. Renal Electrolyte Division, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania, USA.
- Beth Piraino, et al, (2005). ISPD Guidelines/Recommendations. *Peritoneal Dialysis International*, 25(2), 107-121.
- Curtin, R.B. and Mapes, D.L. (2001). Health care management strategies of longterm dialysis Nursing Journal, survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 28(4), 385-349.
- Curtin, R. B., Johnson, H. K., & Schatell, D. (2004). The peritoneal dialysis experience: insights from long-term patients. *Nephrology Nursing Journal: Journal of The American Nephrology Nurses' Association*, 31(6), 615-624.
- Curtin, R.B. Curtin, et al. (2005). *Self-management in patients with end stage renal disease: exploring domains and dimension*. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4) 389-395.
- Supaporn Namkaew and Nanthika Tathong. (2015). *Thailand Renal Replacement Therapy 2515*. The Nephrology Society of Thailand.
- Xihui Liu, et al. (2019). Effects of prophylactic antibiotics before peritoneal dialysis catheter Implantation on the clinical outcomes of peritoneal dialysis patients. *Renal Failure*, 41(1), 16-23.

ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ไพฑูรย์ วุฒิโส*, อณัญญา ลาลูน**, ขวัญหทัย ยิ้มละมัย***, เพ็ญผกา กาญจนภาส***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วิธีดำเนินการวิจัย : ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ที่ศึกษา ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำนวนทั้งหมด 61 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์

ผลการวิจัย : ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามีความคาดหวังต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.25$, $S.D.=0.61$) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการวัดและประเมินผลในเรื่องการให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเอง รองลงมา คือด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอนในเรื่องการจัดหา/ดูแลอุปกรณ์ให้มีคุณภาพอยู่ตลอดเวลา ส่วนความพึงพอใจพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.87$, $S.D.=0.75$) โดยด้านการวัดและประเมินผลมีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดคือในเรื่องการให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเองของผู้เรียนรองลงมา ด้านผู้สอน คืออาจารย์ผู้สอนชมเชยและสร้างใจให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่านักศึกษาส่วนใหญ่นั้นมีความคาดหวังก่อนเรียนต่อการวัดและประเมินผล อยู่ในระดับมากที่สุดแต่ภายหลังการเรียนนักศึกษามีความพึงพอใจต่อการวัดและประเมินผลในระดับมากเท่านั้น จากข้อค้นพบดังกล่าวผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าในการจัดการเรียนการสอนนั้นควรจะต้องมีกระบวนการประเมินผลการเรียนที่ชัดเจน ผู้สอนต้องให้ข้อมูลย้อนกลับในระหว่างการเรียนเพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงตนเองและควรปรับปรุงเรื่องปัจจัยสนับสนุนกิจกรรมการเรียนการสอนให้มากขึ้นตามความคาดหวังของนักศึกษา

คำสำคัญ : ความคาดหวัง, ความพึงพอใจ, วิชากฎหมายและจริยศาสตร์, นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563 หน้า 16-30

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพิษณุโลก

*** อติตอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Corresponding author, e-mail: g4737726@hotmail.com, Tel.061-519942

วันที่รับบทความ: 1 กรกฎาคม 2563, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 ตุลาคม 2563, วันที่ตอบรับบทความ: 5 พฤศจิกายน 2563

Expectation and Satisfaction with Studying Law and Ethics of 2nd Year Nursing Students Faculty of Nursing, Chaiphum Rajabhat University

Pitoon Vutiso*, Ananya Lalun**, Khwanhathai Yimlama***, Penpaka Kanchanopak***

Abstract

Purpose : The purposes of this research were to study expectations and satisfaction of the second year nursing students taking the Law and Ethics course at the Faculty of Nursing Chaiphum Rajabhat University.

Design : The study was the descriptive research

Methods : The population and sample used in this study were the second year nursing students taking the Law and Ethics course at Faculty of Nursing Chaiphum Rajabhat University, with a total number of sixty-one. Data were collected from May-October 2018. The research instruments included general information and the expectation and satisfactions questionnaires.

Main findings : The results of the study showed that students had the highest level of expectation in studying law and Ethics ($\bar{x} = 4.25$, S.D. = 0.61), with the highest score of measurement and evaluation dimension in giving feedback leading to personal development, following by the teaching and learning supportive factors, in procurement/maintenance of quality equipment at all times. In addition, the satisfaction score was at a high level ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = 0.75), with a highest score of the measurement and evaluation dimension, in giving feedback leading to personal development, following by praising and motivating by teachers in order to make the students be enthusiastic in the pursuit of knowledge.

Conclusion and recommendations : The results of this study showed that most students had highest expectations towards the course in measurement and evaluation dimension. After completing the course, they were still very satisfied in the measurement and evaluation but at a high level. From the findings, the researchers suggest that in teaching and learning management there should be a learning evaluation process that is precise. The instructor must provide feedback during the course, so that students can develop and improve themselves. Also, there should be an improvement of the supporting factors for teaching and learning activities to meet students' expectations.

Keywords : Expectation, Satisfaction, Law and ethics course, Nursing students

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(2), 16-30

* Instructor, Faculty of Nursing, Rajabhat University.

** Instructor, Faculty of Public Health, Phitsanulok University.

*** Former Faculty at the Faculty of Nursing, Rajabhat Chaiphum University

Corresponding author, e-mail: g4737726@hotmail.com, Tel. 061-5199426

Received: 1 July 2020,

Revised: 20 October 2020,

Accepted: 5 November 2020

ความสำคัญปัญหาของการวิจัย

การจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ มีการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทั้งในด้านการคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณ การตัดสินใจ โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และเพื่อให้นักศึกษามีสมรรถนะเชิงวิชาชีพตอบสนอง ความต้องการของสังคม มีคุณภาพจนทำให้เกิด ผลลัพธ์การเรียนรู้ในทุกด้านตามกรอบมาตรฐาน คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ (ธีรภัทร นวลแก้ว และแจ่มจันทร์ วีระชาติ, 2561) ทั้งนี้วิชากฎหมายและจริยศาสตร์เป็นวิชาหนึ่งที่ บรรจุไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่ง ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ต้องสอบผ่าน การสอบรวบยอดในรายวิชานี้ของหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต และที่สำคัญยังเป็น 1 ใน 8 รายวิชาที่ใช้ในการสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนรับใบ ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (แสงทอง ธีระทองคำ, เบญจพร จิงเกรียงไกร และ ไสว นรสาร, 2553) นอกจากนี้เหตุผลที่สำคัญของ การเรียนรายวิชานี้ คือ พยาบาลจำเป็นต้องมี ความรู้ทางกฎหมายวิชาชีพ ซึ่งเป็นรูปแบบความรู้ (Pattern of knowledge) ความรู้หนึ่งที่สำคัญของ วิชาชีพการพยาบาล ตามที่ Chinn & Kramer (2015) ได้กล่าวไว้ ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาทิ การระบาดของเชื้อโรค อุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงสลับซับซ้อนมากขึ้น วิวัฒนาการทางด้านการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงใน ทุกวินาทีส่งผลให้พยาบาลต้องมีความรู้เท่าทันโรค ต่างๆ และต้องปฏิบัติตามการพยาบาลตามกฎหมาย วิชาชีพหรือมาตรฐานการพยาบาลที่บัญญัติไว้ตาม

พระราชบัญญัติวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2562) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ ในปัจจุบันจึงได้มีปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอน ให้เหมาะสมกับผู้เรียนและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ไป เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เท่าทันการ เปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมทั้งสามารถเผชิญและปฏิบัติ การดูแลผู้ใช้บริการในสถานการณ์เหล่านั้นได้เป็น อย่างดี เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล การเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ นอกเหนือจากการเรียนวิชาอื่นๆ แล้วนักศึกษาจึง จำเป็นต้องรู้เรื่องกฎหมายของวิชาชีพการพยาบาล และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย (แสงทอง ธีระทองคำ เบญจพร จิงเกรียงไกร และไสว นรสาร, 2553) คณะพยาบาลศาสตร์จึงต้องปรับรูปแบบการจัด เรียนการสอนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดย ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนให้ดีมีประสิทธิภาพ มากที่สุด และที่สำคัญได้ผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มี คุณภาพได้มาตรฐานและเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ของสภาการพยาบาล (เยาวลักษณ์ โพธิดารา, 2554; อดิญา ลาคุน ศิปภา ภูมิรักษ์ นารีรัตน์ ภักดีศิริวงษ์ พิมพธิดา ธรรมมีภักดี และสุวรรณี มณีศรี, 2561)

สถาบันการศึกษามีบทบาทสำคัญในการผลิต บัณฑิตพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐานตาม กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และได้มาตรฐานตามวิชาชีพการพยาบาล ซึ่ง กระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศแนวทางการจัด การศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับ อุดมศึกษาแห่งชาติ ไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษา แห่งชาติ พ.ศ. 2542 มีเป้าหมายเพื่อให้สถาบัน การศึกษาได้พัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้ เป็นไปตาม การเรียนรู้ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้าน

ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2558; กัลยาณี ตันตรานนท์ และวิลาวณิชย์ เตือนราษฎร์, 2560; อดิณญา ลาลุน ศิปปาภูมิรักษ์ เกรียงวรา เข้มทอง ธรณินทร์ คุณแขวน และมันทนา เป็งยาวงค์, 2562) ประกอบกับการเรียนรู้ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายอย่างเหมาะสมอาจทำให้นักศึกษามีความตื่นตัวและเตรียมพร้อมในการศึกษามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย โดยมีการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ทั้งอาจารย์และนักศึกษาจำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาลภายใต้กฎหมายวิชาชีพ ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจนำไปสู่ความกังวล ความเครียด มีการแก้ปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์อันที่ไม่เหมาะสม เกิดประเด็นนำไปสู่พฤติกรรมเชิงจริยธรรม และเกิดการร้องเรียนขึ้นมาได้เมื่อต้องให้การดูแลผู้รับบริการทุกช่วงวัยที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลัน วิกฤต และเรื้อรัง รวมถึงผู้ดูแลหรือญาติของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามปรัชญาของหลักสูตร (สุจิตรา กฤติยารรณ, 2561) การจัดการเรียนการสอนในวิชากฎหมายและจริยศาสตร์จึงต้องปรับวิธีการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้และเข้าใจขอบเขตสิทธิของตนในการปฏิบัติการพยาบาลตามกฎหมายเตรียมพร้อมสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ ควบคู่ไปการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์มุ่งเน้นการสอนด้วยวิธีการบรรยายเป็นส่วนใหญ่ มีการวิเคราะห์กรณีศึกษาในบางหัวข้อการเรียนรู้เท่านั้น จึงพบว่านักศึกษาพยาบาลบางส่วนอาจยังไม่เข้าใจสถานการณ์หรือรูปธรรมที่ชัดเจนทำให้มีความรู้ไม่เพียงพอและทำข้อสอบทางด้านกฎหมายทางการพยาบาลได้น้อย และไม่เกิดการเรียนรู้ในรายวิชานี้ นอกจากนั้นยังอาจมีปัจจัยหลายๆ อย่างทั้งรูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนทั้งในรายวิชาทฤษฎีและรายวิชาปฏิบัติ วิชาชีพที่ต้องเรียนร่วมกันในแต่ละภาคการศึกษา ทำให้นักศึกษามีเวลาค่อนข้างจำกัดส่งผลให้บางครั้งผู้เรียนไม่สามารถไปถึงจุดมุ่งหมายของการเรียนได้ หรือการสอนที่เป็นกลุ่มใหญ่ ทำให้ยากต่อการตอบสนองความแตกต่างของแต่ละบุคคลและ ผู้สอนไม่สามารถดูแลให้ผู้เรียนทำความเข้าใจกับบทเรียนได้อย่างทั่วถึง (กัลยาณี ตันตรานนท์ และ วิลาวณิชย์ เตือนราษฎร์, 2560; สิริรักษ์ ศรีมัลลา และรุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์, 2558) จึงส่งผลต่อความคาดหวังในการเรียน และความพึงใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนได้

ดังนั้นผู้สอนได้ตระหนักถึงความสำคัญในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์แก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้เรียนด้วยวิธีการต่างๆ มีการบูรณาการความรู้ทั่วไป ความรู้ด้านวิชาชีพและความรู้ด้านกฎหมายสำหรับพยาบาล โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและส่งเสริมให้ผู้เรียนคิดเป็นทำเป็นใฝ่เรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนพัฒนาความรู้มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีคุณธรรมจริยธรรม สามารถนำความรู้ทางกฎหมาย วิชาชีพการพยาบาลไปใช้ในการประกอบวิชาชีพ

อย่างถูกต้อง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง สังคม และรู้จักคิดตัดสินใจวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ และแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลมีความตระหนักและมีสติ จะได้ไม่เกิดผลเสียที่เป็นอันตรายต่อชีวิต โดยการกระทำที่อาจเกิดความประมาทเลินเล่อ เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เป็นสถาบันการศึกษาที่มุ่งผลิตบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เห็นความสำคัญของความรู้เกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ การพยาบาลและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นการเรียนในรายวิชากฎหมายและจริยศาสตร์จึงมีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถและมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์โดยเน้นให้นักศึกษามีการคิดอย่างมี วิจารณญาณ อยู่บนฐานของเหตุและผลให้ มากที่สุด ก่อนที่จะสำเร็จการศึกษาซึ่งกำหนดรายละเอียด ของการสอนให้นักศึกษาได้ทำการค้นคว้างานวิจัย ด้านกฎหมายหรือด้านจริยธรรมทางการพยาบาล นำบทความวิจัยมาวิเคราะห์กระบวนการวิจัยและ ผลลัพธ์ของการวิจัย และนำเสนอข้อค้นพบจาก ผลการวิจัยที่ได้ค้นคว้ามานี้เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในห้องเรียน โดยอาจารย์คอยเป็นที่ปรึกษาให้ ตลอดกระบวนการเรียนรู้

ดังนั้นเพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชานี้ คณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาความคาดหวังและ ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏชัยภูมิ

นิยามศัพท์

ความคาดหวัง (Expectancy) หมายถึง ความคิดเห็นตามความต้องการของนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่มีต่อการเรียนวิชากฎหมาย และจริยศาสตร์ด้านผู้สอน ด้านวิธีการสอน ด้าน กิจกรรมการเรียนการสอน ด้านปัจจัยสนับสนุน การเรียนการสอน และด้านการวัดและประเมินผล

ความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมาย และจริยศาสตร์ (Satisfaction with Studying Laws and Ethics) หมายถึง ความคิดเห็นที่ ตอบสนองความต้องการของผู้เรียนภายหลัง การเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ด้านผู้สอน ด้านวิธีการสอน ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน และด้าน การวัดและประเมินผล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความคาดหวัง และความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและ จริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ของคณะ

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำนวนทั้งหมด 61 คน โดยในการวิจัยครั้งนี้ศึกษา ทั้งกลุ่มประชากรและเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม – ตุลาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ค่าใช้จ่ายของนักศึกษาต่อเดือน อาชีพของผู้ปกครอง สภาพความเป็นอยู่ สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้สอน จำนวน 3 ข้อ 2) ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน)

ทั้งนี้การแปลผลของคะแนนทั้งความคาดหวังและความพึงพอใจเป็นดังนี้ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความคาดหวังและความพึงพอใจมากที่สุดค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความคาดหวังและความพึงพอใจมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความคาดหวังและความพึงพอใจปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81-

2.60 หมายถึง มีความคาดหวังและความพึงพอใจน้อย และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความคาดหวังและความพึงพอใจน้อยที่สุด (ธานินทร์ ศิลปะจารุ, 2549)

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาได้ค่า CVI=0.89 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่างสถาบันที่มีบริบทคล้ายกันจำนวน 30 คน โดยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคาดหวังและความพึงพอใจต่อผลการเรียนรู้วิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาค้นคว้านี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน (IRB) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิแล้วเลขที่ 004/2561 ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ข้อมูลของการวิจัย การรักษาความลับ รวมทั้งเก็บข้อมูล ตลอดจนการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม พ.ศ.2561 โดยขอความร่วมมือจากนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์สำหรับนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2561 ใน

การตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงแบบสอบถาม และรายละเอียดของการเก็บข้อมูลให้หน่วยงาน ได้รับทราบล่วงหน้าประมาณ 1-2 สัปดาห์ ก่อน ดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองและเข้าชี้แจงให้ กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและ ข้อคำถามต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างสงสัย เช่น วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การปกป้องความลับ เปิดโอกาส ให้ซักถามและตัดสินใจ พุดคุยให้เข้าร่วมการวิจัย โดยสมัครใจ หลังจากนั้นนักศึกษาได้ให้ความยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามไป เก็บรวบรวมข้อมูลกับประชากรทั้งหมดจำนวน 61 คน จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ซึ่งได้แบบสอบถามคืนมาครบจำนวนทั้งสิ้น 61 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ แบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.40 มีอายุ 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 54.10 เกรดเฉลี่ย อยู่ในช่วง 2.50-2.99 มากที่สุด ร้อยละ 42.62 นักศึกษามีค่าใช้จ่ายต่อเดือนมากที่สุด 4,001-5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 34.40 ส่วนใหญ่ผู้ปกครอง ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 47.50 นักศึกษาอาศัยอยู่บิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 80.30

และสถานภาพครอบครัวของนักศึกษาส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 77.00 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ความคาดหวังและความพึงพอใจ

ความคาดหวังต่อการเรียนวิชากฎหมายและ จริยศาสตร์ของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.25$, S.D.=0.61) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย อันดับแรก คือ ด้านการวัดและประเมินผล ($\bar{x}=4.32$, S.D.=0.60) รองลงมาด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน ($\bar{x}=4.25$, S.D.=0.64) ด้านวิธีการสอนและกิจกรรม การเรียนการสอน ($\bar{x}=4.25$, S.D.=0.57) และอันดับ สุดท้ายอยู่ในระดับมาก คือ ด้านผู้สอน ($\bar{x}=4.17$, S.D.=0.63)

ความพึงพอใจต่อผลการเรียนรู้วิชากฎหมาย และจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ โดย ภาพรวมพบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.87$, S.D.=0.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก เรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไป น้อย อันดับแรก คือ ด้านการวัดและประเมินผล ($\bar{x}=3.97$, S.D.=0.78) รองลงมาด้านผู้สอน ($\bar{x}=3.94$, S.D.=0.68) ด้านวิธีการสอนและกิจกรรม การเรียนการสอน ($\bar{x}=3.84$, S.D.=0.74) และ อันดับสุดท้ายคือ ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียน การสอน ($\bar{x}=3.74$, S.D.=0.79) (รายละเอียดดัง ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียน วิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำแนกตามรายด้าน

รายการ	ระดับความคิดเห็น					
	ความคาดหวัง (n=61)			ความพึงพอใจ (n=61)		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านผู้สอน	4.17	0.63	มาก	3.94	0.68	มาก
2. ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน	4.25	0.57	มากที่สุด	3.84	0.74	มาก
3. ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน	4.25	0.64	มากที่สุด	3.74	0.79	มาก
4. ด้านการวัดและประเมินผล	4.32	0.60	มากที่สุด	3.97	0.78	มาก
ภาพรวม	4.25	0.61	มากที่สุด	3.87	0.75	มาก

ทั้งนี้เมื่อแจกแจงในรายละเอียดของความคาดหวังต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ ในแต่ละด้านพบว่าด้านอาจารย์ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังมากที่สุด คือ อาจารย์มีคุณวุฒิและประสบการณ์ ($\bar{x}=4.27$, S.D.=0.65) ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอนข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังมากที่สุด คือ นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมได้คิด ($\bar{x}=4.24$,

S.D.=0.49) ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังมากที่สุด คือ จัดหา/ดูแลอุปกรณ์ให้มีคุณภาพอยู่ตลอดเวลา ($\bar{x}=4.57$, S.D.=0.50) และด้านการวัดและประเมินข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังมากที่สุด คือ ให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ($\bar{x}=4.27$, S.D.=0.65) (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียน วิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำแนกตามรายชื่อของแต่ละด้าน

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความคาดหวัง
1. ด้านผู้สอน			
1.1 อาจารย์มีคุณวุฒิและประสบการณ์.....	4.27	0.65	มากที่สุด
1.2 เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์เน้นผู้เรียน.....	4.16	0.69	มาก
1.3 สนับสนุนให้นักศึกษาเรียนรู้พัฒนาตนเอง.....	4.14	0.35	มาก
รวม	4.17	0.63	มาก

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชา กฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำแนกตามรายชื่อของแต่ละด้าน (ต่อ)

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความคาดหวัง
2. ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน			
2.1 สร้างบรรยากาศการเรียนการสอน.....	4.19	0.40	มาก
2.2 ผู้สอนชมเชยสร้างใจให้ผู้เรียน.....	4.41	0.55	มากที่สุด
2.3 นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมได้คิด.....	4.24	0.49	มากที่สุด
รวม	4.25	0.57	มากที่สุด
3. ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน			
3.1 ห้องเรียน ห้องปฏิบัติการมีอุปกรณ์เหมาะสม	4.11	0.61	มาก
3.2 มีระบบบริการสารสนเทศ ห้องสมุดเหมาะสม	4.05	0.70	มาก
3.3 จัดหา/ดูแลอุปกรณ์ให้มีคุณภาพอยู่ตลอดเวลา	4.57	0.50	มาก
รวม	4.25	0.64	มากที่สุด
4. ด้านการวัดและประเมิน			
4.1 ประเมินผลการเรียนสอดคล้องการเรียนรู้.....	4.22	0.42	มากที่สุด
4.2 ให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเอง.....	4.27	0.65	มากที่สุด
4.3 ประเมินผลการเรียนชัดเจนและยุติธรรม.....	4.16	0.55	มาก
รวม	4.32	0.60	มากที่สุด
ภาพรวม	4.25	0.61	มากที่สุด

เมื่อพิจารณาความคาดหวังต่อการเรียนวิชา กฎหมายและจริยศาสตร์ภายหลังการเรียนดังแสดง ในตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจต่อการเรียนวิชา กฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้น ปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ ชัยภูมิ ภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.87$, S.D.=0.75) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอาจารย์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ อาจารย์มี คุณวุฒิและประสบการณ์ ($\bar{x}=4.35$, S.D.=0.48) ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน ข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือผู้สอนชมเชย สร้างใจให้ผู้เรียน ($\bar{x}=4.23$, S.D.=0.48) ด้าน ปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน ข้อที่มีค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจมากที่สุด คือระบบบริการสารสนเทศ ห้องสมุดเหมาะสม ($\bar{x}=4.16$, S.D.=0.44) และ ด้านการวัดและประเมิน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึง พื่อใจมากที่สุด คือให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การ พัฒนาตนเอง ($\bar{x}=4.30$, S.D.=0.52)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมาย และจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความคาดหวัง
1. ด้านผู้สอน			
1.1 อาจารย์มีคุณวุฒิและประสบการณ์.....	4.35	0.48	มากที่สุด
1.2 เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์เน้นผู้เรียน.....	4.14	0.59	มาก
1.3 สนับสนุนให้นักศึกษาเรียนรู้พัฒนาตนเอง.....	4.11	0.39	มาก
รวม	3.94	0.68	มาก
2. ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการสอน			
2.1 สร้างบรรยากาศการเรียนการสอน.....	4.08	0.60	มาก
2.2 ผู้สอนชมเชยสร้างใจให้ผู้เรียน.....	4.23	0.48	มากที่สุด
2.3 นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมได้คิด.....	4.19	0.40	มาก
รวม	3.84	0.74	มาก
3. ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน			
3.1 ห้องเรียน ห้องปฏิบัติการมีอุปกรณ์เหมาะสม	3.95	0.52	มาก
3.2 มีระบบบริการสารสนเทศ ห้องสมุดเหมาะสม	4.16	0.44	มาก
3.3 จัดหา/ดูแลอุปกรณ์ให้มีคุณภาพอยู่ตลอดเวลา	3.97	0.69	มาก
รวม	3.74	0.79	มาก
4. ด้านการวัดและประเมิน			
4.1 ประเมินผลการเรียนสอดคล้องการเรียนรู้.....	4.14	0.59	มาก
4.2 ให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเอง.....	4.30	0.52	มากที่สุด
4.3 ประเมินผลการเรียนชัดเจนและยุติธรรม.....	3.92	0.72	มาก
รวม	3.97	0.78	มากที่สุด
ภาพรวม	3.87	0.75	มาก

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ มีประเด็นที่สำคัญและสามารถนำผลการวิเคราะห์เพื่ออภิปรายผล ดังนี้

1. ความคาดหวังต่อผลการเรียนรู้วิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ โดยภาพรวม พบว่า ความคาดหวังอยู่ในระดับมาก

ที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ระดับมากที่สุด คือ ด้านการวัดและประเมินผล ข้อที่ระดับความคาดหวังมากที่สุด คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเอง รองลงมาคือ ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน ข้อที่มีความคาดหวังมากที่สุดคือมีการจัดหา/ดูแลอุปกรณ์ให้มีคุณภาพอยู่ตลอดเวลา อันดับที่ 3 คือ ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน ข้อที่มีความคาดหวังมากที่สุด คือ ผู้สอนชมเชยสร้างใจให้ผู้เรียนกระตือรือร้นต่อการเรียน และอันดับที่ 4 คือ ด้านผู้สอนข้อที่มีความคาดหวังมากที่สุด คืออาจารย์มีคุณวุฒิและประสบการณ์เกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์ สำหรับความคาดหวังแต่ละด้านมีความสำคัญต่อนักศึกษาอย่างมากที่จะเรียนให้ประสบผลสำเร็จ จากผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มีความคาดหวังและมีความคิดเห็นว่าการวัดและประเมินผลมีความสำคัญเนื่องจากการวัดและประเมินผลเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนในทุกรายวิชาโดยเฉพาะเรื่องของผลสัมฤทธิ์ในด้านการเรียนรู้ที่พึงประสงค์ในแต่ละด้านของรายวิชานั้นๆ เป็นสิ่งสำคัญต่อนักศึกษาอย่างมาก เพราะถ้าหากมีการชี้แจงถึงรายละเอียดวิธีการวัดและการประเมินผลที่ชัดเจนและทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ตลอดจนถึงการนำไปใช้ จะส่งผลให้นักศึกษามีความตั้งใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนเองในด้านการเรียนรู้ เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ (อิทธิพร นวลแก้ว และแจ่มจันทร์ วีระชาติ, 2561) เมื่อนักศึกษามีความตั้งใจ มีความเพียร เอาใจใส่ในการเรียนในรายวิชา เกิดความสุขในการเรียนรู้ นักศึกษาอาจคาดหวังต่อผลการเรียนที่ออกมาเป็นที่ประจักษ์ตามความตั้งใจทำให้ความ

คาดหวังอาจอยู่ในระดับมาก ความคาดหวังเกิดจากความรู้สึกนึกคิดในการคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้นอย่างไรอันเป็นความปรารถนาจะให้เป็นไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ วูม (Vroom, 1964) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการตัดสินใจเลือกกระทำซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ความเชื่อ เจตคติ โดยเกิดจากแรงจูงใจ นอกจากนี้การให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเองทำให้นักศึกษาได้ข้อมูลที่สามารถนำไปปรับใช้และพัฒนาตนเองในหลายๆ ด้าน ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงมีความต้องการที่ได้รับผลจากการเรียนการสอนในด้านการวัดและประเมินผลที่สูง ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจในการตั้งใจเรียนเพราะการวัดและประเมินผลเป็นกระบวนการที่จะได้มาซึ่งข้อมูล และนำมาตัดสินใจคุณค่าสอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้น เพื่อพัฒนาผู้เรียน

ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน นักศึกษามีความคาดหวังและความคิดเห็นว่า คณะพยาบาลศาสตร์ต้องให้ความสำคัญกับการจัดหา/ดูแลอุปกรณ์ให้มีคุณภาพอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะสิ่งที่สำคัญต่อนักศึกษาอย่างมาก เช่น ห้องเรียน สื่อ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในห้องเรียน เอกสารตำราต่างๆ งานวิจัยสำหรับการค้นคว้าเป็นสิ่งสำคัญต่อการเรียนรู้ รวมไปถึงเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิรารักษ์ ศรีมาลา และรุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์ (2558) พบว่า สื่อการเรียนการสอนเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในกิจกรรมการเรียนการสอน สื่อทำให้ดึงดูดความสนใจต่อผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนได้เห็นได้ฟังหรือการใช้รูปแบบการสอนที่หลากหลายวิธีส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เกิดทักษะและความรู้สึกนึกคิดต่างๆ

ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นสิ่งสำคัญต่อนักศึกษาในปัจจุบันผู้สอนชมเชยสร้างใจให้ผู้เรียนวิธีการสอนต้องการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมเพื่อให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ครอบคลุมในทุกมิติ พร้อมเป็นบัณฑิตที่พึงประสงค์เป็นที่ต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและสังคม มีความเจริญงอกงามและพัฒนาไปในทางที่พึงปรารถนา

ด้านผู้สอนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอน และความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เป็นอย่างมาก เพราะผู้สอนต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้ ซึ่งแนะนำให้คำปรึกษาในการเรียน ซึ่งสอดคล้องกับวรารณ ศรีวิโรจน์ (2557) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของครู โดยช่วยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งข้อมูล วิธีรวบรวม วิธีนำเสนอแนะการทำงานร่วมกัน การใช้สื่อหรือแหล่งเรียนรู้ต่างๆ และชี้แนะวิธีดำเนินการวิเคราะห์คดียความต่างๆ ดังนั้นจึงอาจเป็นส่วนที่ทำให้ศึกษานั้นเกิดความคาดหวังจากการเรียนโดยเฉพาะรายวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ได้

2. ความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ โดยภาพรวม พบว่าความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าอันดับแรกคือ ด้านการวัดและประเมินผลซึ่งตรงกับความต้องการของนักศึกษา รองลงมาคือ ด้านผู้สอน อันดับที่ 3 คือ ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน และอันดับที่ 4 คือ ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน จาก

ผลการวิจัยนี้ทางนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มีความพึงพอใจและมีความคิดเห็นว่า

2.1 ด้านการวัดและประเมินผลมีความสำคัญต่อนักศึกษาเป็นอย่างมาก นักศึกษาอาจได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของรายวิชา วิธีการวัดการประเมินผลที่ชัดเจนและนักศึกษาเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงวิธีการวัดผล ซึ่งส่งผลให้นักศึกษามีความเพียรพยายามในการศึกษาหาความรู้ ผู้สอนอาจใช้รูปแบบวิธีการวัดหลายอย่างประกอบกัน และอาจครอบคลุมผลสัมฤทธิ์ตลอดจนพัฒนาการด้านต่างๆ ของผู้เรียนซึ่งอาจนำไปสู่ความพึงพอใจต่อการวัดผลการเรียนรู้ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และที่สำคัญได้ให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเอง และนำไปสู่การมีผลการเรียนที่น่าพอใจจึงอาจทำให้นักศึกษาส่วนใหญ่เกิดพึงพอใจในระดับมาก

2.2 ด้านผู้สอนเป็นด้านที่มีความพึงพอใจรองลงมา ทั้งนี้ นักศึกษามีความคาดหวังในด้านผู้สอนน้อยที่สุด ทั้งนี้ผู้สอนมีความสำคัญในการจัดการเรียนรู้ อาจเนื่องด้วยบุคลิกลักษณะของผู้สอนเป็นกันเองกับนักศึกษา ทำให้นักศึกษามีความกล้าในการซักถาม กล้าคิดกล้าแสดงออกตลอดจนผู้สอนที่สอนมีคุณวุฒิและประสบการณ์เกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์อาจเป็นสิ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจ ประกอบกับวิธีการสอนลักษณะที่ดีที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีนั้นอาจมีกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เข้าใจเนื้อหา ด้านกฎหมายได้ง่ายขึ้น ซึ่งในการจัดกิจกรรมการเรียนในครั้งนี้ นักศึกษามีการค้นคว้าเกี่ยวกับคดีความ ความผิดที่เกิดขึ้นทั้งทางแพ่งและทางอาญาในประเด็นที่น่าสนใจ ทำให้นักศึกษามีความ

กระตือรือร้นในการศึกษาข้อมูลต่างๆ มีความรับผิดชอบร่วมกัน และนำมาเสนอรายงานในชั้นเรียน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวราภรณ์ ศรีวิโรจน์ (2557) ได้กล่าวว่า กิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมจะมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างแท้จริงนั้นคือ กิจกรรมการเรียนรู้ที่กระตุ้นความสนใจ สนุกสนาน ตื่นตัวในการเรียน มีการเคลื่อนไหวและเปิดโอกาสให้ฝึกความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลตามศักยภาพจนประสบความสำเร็จในงานที่มอบหมายของรายวิชา และได้ประสบการณ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนรู้

2.3 ด้านวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน นักศึกษามีความพึงพอใจและมีความคิดเห็นว่าวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการออกแบบการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมแก่นักศึกษา การจัดกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้เรียนด้วยวิธีการที่หลากหลาย การบูรณาการความรู้ทั่วไป การค้นคว้างานวิจัยด้านกฎหมายหรือด้านจริยธรรมทางการพยาบาล การวิเคราะห์และนำเสนอข้อค้นพบจากผลการวิจัยที่ได้ค้นคว้ามา เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในห้องเรียนโดยทุกคนมีส่วนร่วม มีอาจารย์คอยให้คำปรึกษา ทำให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจในวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน เนื่องจากทำให้นักศึกษามีความใฝ่รู้ครอบคลุมทุกมิติ มีความองอาจเป็นคนดีที่สังคมต้องการ

2.4 ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน นักศึกษามีความพึงพอใจและมีความคิดเห็นว่าด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอนมีความสำคัญมากเช่นกันเพราะในการเรียนการสอนถ้ามีปัจจัยสนับสนุนต่อการเรียนที่ดีและมีความ

พร้อมจะทำให้เกิดความคล่องตัวในการเรียนไม่ทำให้เสียเวลาในการเรียน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรัตนา พรหมภาพ (2551) ได้ศึกษาความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรของภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผลพบว่า ความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรของภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้การมีระบบบริการสารสนเทศ ห้องสมุดเหมาะสม มีอุปกรณ์เครื่องมือหนังสือเอกสารตำราต่างๆ ที่เพียงพอส่งผลต่อความพึงพอใจในด้านปัจจัยการเรียนการสอนได้

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาคะแนนความคาดหวังกับความพึงพอใจทั้งในภาพรวมและรายด้านมีความแตกต่างกัน ดังนั้น หากคณะผู้สอนต้องการเปรียบเทียบข้อมูลทั้ง 2 ส่วนในอนาคต ควรหาเครื่องมือในการประเมินเปรียบเทียบความคาดหวังกับความพึงพอใจให้สามารถเปรียบเทียบกันในแต่ละด้านได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักการวิจัยและสถิติที่ใช้ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น คะแนนเฉลี่ยสะสมของนักศึกษา

สรุป

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ พบว่าความคาดหวังต่อผลการเรียนรู้วิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ภาพรวมพบว่า ความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่พบมากที่สุดคือ ด้านการวัดและประเมินผล คือ

การให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเอง รองลงมาคือด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอน พบมากที่สุดคือมีการจัดหา/ดูแลอุปกรณ์ให้มีคุณภาพอยู่ตลอดเวลา ส่วนความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ พบว่าภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมากอันดับแรกคือด้านการวัดและประเมินผล คือการให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาตนเอง รองลงมาเป็นด้านผู้สอน คืออาจารย์มีคุณวุฒิและประสบการณ์เกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์ สำหรับความคาดหวังแต่ละด้านมีความสำคัญต่อนักศึกษาอย่างมากที่จะเรียนให้ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลแต่ละคนมีความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์ทางการแพทย์ ความแตกต่างกันอาจเนื่องจากมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนการสอนในช่วงเวลานี้ เช่น ครอบครัวยังรายได้กิจกรรมต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์

ข้อเสนอแนะต่อการจัดการเรียนการสอนในอนาคต

1. ควรพิจารณาประเด็นด้านการวัดและประเมินผล โดยเฉพาะด้านการประเมินผลการเรียนที่ชัดเจนและยุติธรรม
2. ผู้สอนควรจะต้องหากวิธีในการปรับปรุงการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ประสิทธิภาพมากขึ้น และควรให้ความสำคัญปัจจัยที่สนับสนุนการเรียนการสอนเกี่ยวกับสื่อและอุปกรณ์การเรียนที่ไม่พร้อมและหรือไม่ครบถ้วน อาจส่งผลต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้นักศึกษา จึงควรจัดหาอุปกรณ์การเรียนการสอนให้พร้อมและต้องพัฒนาให้ทันสมัยขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังและความพึงพอใจในการเรียนวิชากฎหมายและจริยศาสตร์โดยใช้เครื่องมือประเมินที่มีความสอดคล้องตามหลักการวิจัยและหลักสถิติในการวิจัยได้น่าเชื่อถือ
2. ควรมีการศึกษาเชิงทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชากฎหมายและจริยศาสตร์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนให้น่าสนใจและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี ตันตรานนท์ และวิลาวณย์ เตือนราษฎร์. (2560). ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ในการเรียนรู้ในกระบวนวิชาวิทยาการระบาด. *พยาบาลสาร*, 44(3), 144-152.
- ธานินทร์ ศิลปะจารุ. (2549). *การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: บิสมิเนสอาร์แอนด์ดี.
- ธีรภัทร นวลแก้ว และแจ่มจันทร์ วีระชาติ. (2561). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ และความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล. *โรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(2), 57-68.

- เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา. (2554). การจัดการศึกษาทางการพยาบาล: สำหรับนักศึกษา Generation Y. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 61-69.
- รัตนา พรหมภาพ. (2551). ความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรของภาควิชาการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์. (รายงานผลการวิจัย). พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- วรารณ ศรีวิโรจน์. (2557). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนวิชาเคมีการบูรณาการการฝึกอบรมกระบวนการสืบเสาะหาความรู้และการเรียนรู้แบบร่วมมือ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ห้องเรียนพิเศษวิทยาศาสตร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์) มหาวิทยาลัยพิษณุโลก, พิษณุโลก.
- สิรารักษ์ ศรีมาลา และรุ่งทิพา หวังเรืองสฤติย์. (2558). ผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลทารกแรกเกิดแบบ VARK Learning Style. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(4), 751-759.
- แสงทอง อีระทองคำ, เบญจพร จิ่งเกรียงไกร และไสว นรสาร. (2553). การศึกษาติดตามผลการจัดการเรียนการสอนกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลต่อความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลตามกฎหมายของนักศึกษาพยาบาล. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 16(3), 378-389.
- สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาแห่งชาติ. (2558). *คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2557*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- สุจิตรา กฤติยารณ. (2561). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในการฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี. *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก*. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี
- สภาการพยาบาล. (2562). ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.
- อณัญญา ลาลูน, ศิปปา ภูมิมาธิ์, นารีรัตน์ รักดีศิริวงษ์, พิมพ์ดา ธรรมมีรักดี และสุวรรณี มณีศรี. (2561). ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล ต่อคุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์*, 5(1), 94-103.
- อณัญญา ลาลูน, ศิปปา ภูมิมาธิ์, เกรียงวรา เข้มทอง, ธณินทร์ คุณแขวน และมณฑนา เป้งยาวงค์. (2562). การศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(1), 62-68.
- Chinn.P.L. & Kramer, M.K. (2015). *Knowledge Development in Nursing: Theory and Process*. (9th ed). Saint Louis Missouri: Elsevier.
- Vroom, V.H. (1964). *Work and Motivation*. New York: John Wiley.

ปัจจัยทำนายนายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี

ศศิกาญจน์ ย่นพันธ์* จิรัชญา แยมพราย * ปาล์มวินธุ์ กิ่งทอง*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายนายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 74 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบวัดความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา แบบสอบถามเจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา แบบสอบถามบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้บริหาร และแบบสอบถามการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 31.1 มีพฤติกรรมในการปฏิบัติบ่อยครั้งต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และพบว่า ความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร และการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก ($r=.501, .576, .588, .386$) และปัจจัยด้านความรู้ เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง และบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร สามารถร่วมกันทำนายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กได้ ร้อยละ 60.9 อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value}<.001$) โดยบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร สามารถทำนายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กได้ดีที่สุด ($b=.386, r^2=.609$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้บริหารควรมีความตระหนักในเรื่อง การอบรมด้านความรู้ การสร้างเจตคติที่ดี และการดูแลสภาพแวดล้อมของงานในองค์กร ซึ่งเป็นตัวผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการทำงานและมีความสำคัญต่อ พฤติกรรมในการปฏิบัติงานของพยาบาล ในด้านการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา, ผู้ป่วยเด็ก, การบริหารจัดการความเสี่ยง

Factores Predicting the Risk Management of Medication Errors in Pediatric Patients under the Care of Professional Nurses at Tertiary Level Hospital in Suphanburi Province

Sasikan Yonphan*, Jirachaya Yampray*, Plamweenat Kingthong

Abstract

Purpose : This research aimed to study the predicting factors of the risk management of medication errors in pediatric patients in tertiary hospital of Suphanburi province.

Design : Descriptive research

Methods : The sample of the study were 74 pediatric nurses working in tertiary hospitals at Suphanburi province. The data were collected by instruments consisted of knowledge related to medication errors, attitudes toward risk management, environment and atmosphere in the organization, administrations support, and risk management of medication errors in pediatric patients questionnaire. Data were analysed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regressions.

Main findings : The results revealed that 31.1 % of nurses frequently had the risk management of medication errors in pediatric. Knowledge related to medication errors, attitudes toward risk management of medication errors, and environment and atmosphere had a positive relationship with the risk management of medication errors in pediatric patients ($r=.501, .576, .588, .386$) and knowledge related to medication errors, attitudes toward risk management of medication errors, environment and atmosphere within the organization together explained 60.9 % of variance in the risk management of medication errors in pediatric patients with .001 of significance level. In addition, the environment and atmosphere was the most important predictor of the risk management of medication errors in pediatric patients. ($b=.386, r^2=6.09$)

Conclusion and recommendations : Administrators should promote knowledge, attitude and environment in the organization to prevent the risk management of medication errors in pediatric patients.

Keywords: Medication errors, Pediatric patients, Risk management

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(2), 31-45

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: sasikanjentoft@hotmail.com, Tel : 089-9191-002

Received: 1 July 2020,

Revised: 20 October 2020,

Accepted: 5 November 2020

ความสำคัญปัญหาของการวิจัย

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้มีผลกระทบในคุณภาพชีวิต เช่น การเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ความพิการ และอาจรุนแรงถึงการสูญเสียชีวิต (กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม และศุภลักษณ์ ธนานนท์นิवास, 2552) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 ให้สถานพยาบาลทุกแห่งปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย จึงได้ประกาศมาตรฐานการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ ปี พ.ศ.2550-2551 ซึ่งประเด็นความสำคัญประเด็นหนึ่ง คือ มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาล ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สันฤทธิ์ พิลลา, 2556) จากการศึกษาของ สุวรรณ ศุภศิริ (2551) พบว่า ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุด คือ การได้รับยาผิดขนาด สอดคล้องกับการสำรวจของศูนย์การแพทย์ในบราซิล ที่พบว่า ในการตรวจสอบใบสั่งยาของเด็กที่เป็นยาต้องมีการเฝ้าระวัง (High alert medication) จำนวน 705 ใบ พบความคลาดเคลื่อนทางยา 632 ใบ คิดเป็นร้อยละ 89.6 (Silva et al, 2011) ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดในการสั่งยาและการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเด็ก

ปัจจัยสำคัญ 2 ด้านที่เป็นสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านลักษณะ

สิ่งแวดล้อมและกายภาพขององค์กร สำหรับปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ การมีความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา และเจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนของยา ซึ่งขั้นตอนการผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากการบริหารยาของบุคลากร พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในระบบการให้ยา กล่าวคือ ต้องมีทักษะในด้านการสร้างความปลอดภัยด้านการบริหารยา และปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลที่มีความรู้และมีประสบการณ์ทำงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม และค่านิยมถึงอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถค้นหาแก้ไขปัญหาจากการทำงานได้ดีกว่าพยาบาลที่เริ่มต้นทำงานใหม่ (สมคิด มะโนมัน, 2551) และการที่พยาบาลสามารถปฏิบัติในการสร้างความปลอดภัยด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ดีหรือไม่นั้น ยังขึ้นอยู่กับเจตคติ เนื่องจากเจตคติที่ดีนั้น มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทำให้เกิดการสร้างพฤติกรรมในการปฏิบัติของบุคคลไปในทิศทางที่ดี (สมคิด มะโนมัน, 2551; สันฤทธิ์ พิลลา, 2556; ศศิกัญจน์ เยนทูพท์, 2558) พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างถูกต้องและมีหน้าที่ที่สำคัญในการดูแลความถูกต้องในทุกขั้นตอนของกระบวนการให้ยา เพราะพยาบาลเป็นบุคคลสุดท้ายของกระบวนการให้ยาก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย พยาบาลจึงเป็นด่านสุดท้ายในการสกัดกั้นและป้องกันอันตรายจากความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย (สมคิด มะโนมัน, 2551; สันฤทธิ์ พิลลา, 2556) นอกจากนั้นปัจจัยด้านลักษณะ

สิ่งแวดล้อมและกายภาพขององค์กร ได้แก่ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร และการสนับสนุนจากผู้บริหารยังมีความสำคัญ เพราะการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และมีลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้สามารถทำให้บุคลากรในองค์กรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ (สันฤทธิ์ พิลา, 2556; ศศิกาญจน์ เยนทุพพ์, 2558)

ภายหลังการประกาศมาตรฐานการสร้างความปลอดภัยทางด้านยาของสถาบันพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ต่างมีความตระหนักและพัฒนาปรับปรุงมาตรฐานความปลอดภัยทางด้านยามากขึ้น จึงเป็นผลให้มีการศึกษาเพื่อประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลในภาครัฐ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับสูงแห่งหนึ่ง ประจำในจังหวัดนั้นๆ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงกลายเป็นโรงพยาบาลที่ต้องรองรับผู้ป่วยที่มีระบบการส่งรักษาต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลชุมชนต่างๆ อีกทั้งการรองรับผู้ป่วยในเขตของตนเอง จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาระงานที่หนักสำหรับแพทย์และพยาบาลในการดูแลให้การรักษาและการให้การพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวนการรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึงปัจจุบันมียอดการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลถึง 7,765 ราย เฉลี่ยเดือนละ 207 ราย (โรงพยาบาล

สมเด็จพระยามรราช, 2560) ซึ่งการมีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมากขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

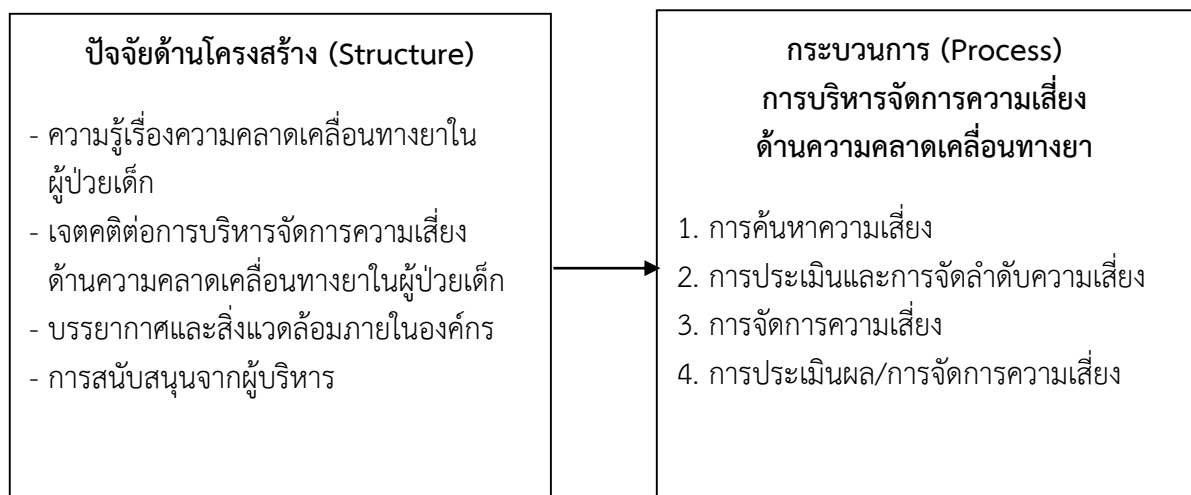
1. ศึกษาการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามปัจจัยด้านโครงสร้าง คือ ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก การสนับสนุนจากผู้บริหาร และบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร

2. ศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก การสนับสนุนจากผู้บริหาร และบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร ต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพระบบสุขภาพของโดนาบีเดียน ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีการประเมินผล ที่สร้างขึ้นโดยโดนาบีเดียน (Donabedian, 1987) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ในการประเมินคุณภาพทางสุขภาพ คือ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) 2) ด้านกระบวนการ (Process) และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพัฒนาคุณภาพทางการดูแลสุขภาพ จึงเป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมกับการจัดการและการวัดผลด้านคุณภาพทางสุขภาพขององค์กรที่ให้บริการทางสุขภาพ ทั้งนี้ ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structure) ได้แก่ ความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร และการสนับสนุนจากผู้บริหารที่มีอิทธิพลต่อ

กระบวนการ (Process) ได้แก่ การบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา ลดอัตราการเกิดความสูญเสีย ทั้งในด้านชีวิตและทรัพย์สิน และเพื่อพัฒนาปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นผลลัพธ์ที่ตามมา โดยไม่ได้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ จึงแสดงดังแผนภูมิที่ 1 ปัจจัยทางด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก การสนับสนุนจากผู้บริหาร บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร อันมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินและการจัดลำดับความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผลและการจัดการความเสี่ยง



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ประยุกต์จากกรอบแนวคิดคุณภาพระบบสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1987)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยด้านโครงสร้าง คือ ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร และการสนับสนุนจากผู้บริหารที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตจังหวัดสุพรรณบุรี โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากโรงพยาบาล 2 แห่ง ในเดือนกุมภาพันธ์ 2562

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การวิจัยนี้ศึกษากลุ่มประชากร เนื่องจาก การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ไม่สามารถได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงศึกษาจากประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้ง 2 แห่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 74 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทางโครงสร้าง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วยข้อ

คำถามจำนวน 19 ข้อ ผู้ทำวิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามการวัดความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งสร้างโดย ศศิกัญจน์ เยนทูปท์ (2558) โดยมีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามให้มีลักษณะเป็น แบบวัดความรู้ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-1 ให้เลือกตอบข้อเดียว การแปลผลคะแนนโดยรวม คะแนนสูงแสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาในเด็กดี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการวัดเจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามซึ่งสร้างโดย ศศิกัญจน์ เยนทูปท์ (2558) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบข้อเดียวมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 โดยเกณฑ์การให้คะแนน และคำถามมีความหมาย ดังนี้ คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อ คำถามเชิงบวก	คะแนนข้อ คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1

การแปลผลคะแนนเฉลี่ย โดยรวม คะแนนสูงหมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีเจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กดี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร ที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เป็นแบบสอบถามซึ่งสร้างโดย ศศิกัญจน์ เยนทูปท์ (2558) จำนวน 23 ข้อ เพื่อให้ข้อคำถามมีความครอบคลุมในเรื่องบรรยากาศและ

สิ่งแวดล้อมภายในองค์กรทั้งหมด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ชนิดเลือกตอบ 4 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว เกณฑ์การให้คะแนนคือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อ คำถามเชิงบวก	คะแนนข้อ คำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวม คะแนนสูงหมายถึง บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรเอื้อต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กดี

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้บริหาร เป็นแบบสอบถามซึ่งสร้างโดย ศศิกัญจน์ เยนทูพท์(2558) จำนวน 13 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ชนิดเลือกตอบ 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อ คำถามเชิงบวก	คะแนนข้อ คำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวม คะแนนสูงหมายถึง พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความสามารถในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสร้างโดย

ศศิกัญจน์ เยนทูพท์ (2558) จำนวน 38 ข้อ ประกอบไปด้วย การบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 5 ข้อ 2) การประเมินและจัดลำดับความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 4 ข้อ 3) การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 23 ข้อ และ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบข้อเดียวมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 โดยเกณฑ์การให้คะแนน และคำตอบมีความหมายดังนี้คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อ คำถามเชิงบวก	คะแนนข้อ คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติน้อยมาก/ ไม่ได้ปฏิบัติ	1	5
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1

การแปลผลคะแนน โดยหาค่าเฉลี่ยคะแนนสูงหมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการหาคุณภาพเครื่องมือ โดย การหาค่าความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่า Content Validity Index ได้ค่าดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้

ด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เท่ากับ 1.00 2) แบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เท่ากับ 1.00 3) แบบสอบถามบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร เท่ากับ 1.00 4) แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้บริหาร เท่ากับ 1.00 และ 5) แบบสอบถามการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีความความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 สำหรับการหาค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นได้ดังนี้ แบบสอบถามความรู้โดยค่า Kuder Richardson 20 (KR20) ได้ค่า 0.71 ส่วนแบบสอบถามอื่นมีค่าครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ดังนี้ 1) แบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เท่ากับ 0.86 2) แบบสอบถามบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร เท่ากับ 0.88 3) แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้บริหาร เท่ากับ 0.84 และ 4) แบบสอบถามการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เท่ากับ 0.91

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติและรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ.12/2561 และผู้วิจัยได้อธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ก่อนตอบแบบสอบถาม และให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด

และข้อมูลทั้งหมดเก็บไว้เป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลออกโดยมหาวิทยาลัยคริสเตียนต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้กับหัวหน้าของหอผู้ป่วยเด็กเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพตามคุณสมบัติของประชากร จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กับประชากรที่ศึกษาทั้งหมด โดยให้ผู้ร่วมวิจัยได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย และแนะนำให้ทำแบบสอบถาม เมื่อแล้วเสร็จ จึงให้บรรจุลงในซองเป่าที่แจกและปิดผนึก ส่งคืนผ่านตัวแทนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของตนเอง โดยผู้วิจัยขอรับของแบบสอบถามการวิจัยและหนังสือยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยผ่านตัวแทนของโรงพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลด้วยตนเอง ภายหลังจากทำการแจกแบบสอบถามการวิจัยไปแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

1. ข้อมูลด้านโครงสร้างของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสามารถในการร่วมกัน

ทำนายของปัจจัยด้านโครงสร้าง โดยใช้สถิติการ วิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression analysis) แบบ Enter เพื่อต้องการ จัดลำดับความสำคัญและความสามารถในการทำนาย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านโครงสร้าง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งได้อธิบายและแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตาราง ที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านโครงสร้าง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (N=74)

ตัวแปรที่ทำการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก		
มีความรู้น้อยกว่า คะแนนเฉลี่ย	4	5.4
มีความรู้เท่ากับ คะแนนเฉลี่ย	9	12.2
มีความรู้มากกว่า คะแนนเฉลี่ย	61	82.4
(Mean=16.38 S.D.=2.54 Min=8 Max=19)		
รวม	74	100.00
เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก		
มีเจตคติเห็นด้วยมากที่สุด	33	44.6
มีเจตคติเห็นด้วยมาก	18	24.3
มีเจตคติเห็นด้วยปานกลาง	21	28.4
มีเจตคติเห็นด้วยน้อย	1	1.4
มีเจตคติเห็นด้วยน้อยที่สุด	1	1.4
(Mean=90.16 S.D=10.22 Min=61 Max=100)		
รวม	74	100.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านโครงสร้าง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (N=74) (ต่อ)

ตัวแปรที่ทำการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร		
เอื้อต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงมาก	28	37.8
เอื้อต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงปานกลาง	2	2.7
เอื้อต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงน้อย	44	59.5
(Mean=76.16 S.D=3.53 Min=62 Max=91)		
รวม	74	100.00
การสนับสนุนจากผู้บริหาร		
เห็นด้วยได้รับการสนับสนุนเล็กน้อย	24	32.4
เห็นด้วยได้รับการสนับสนุนปานกลาง	28	37.8
เห็นด้วยได้รับการสนับสนุนมาก	22	29.7
(Mean=39.81 S.D=15.77 Min=27 Max=52)		
รวม	74	100.00
การบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา		
มีพฤติกรรมที่ดีมากในการปฏิบัติเป็นประจำ	18	24.3
มีพฤติกรรมที่ดีในการปฏิบัติบ่อยครั้ง	23	31.1
มีพฤติกรรมที่ดีปานกลางในการปฏิบัติบางครั้ง	17	23.0
มีพฤติกรรมที่ไม่ดีในการปฏิบัติบ่อย	11	14.9
มีพฤติกรรมที่ไม่ดีมากในการปฏิบัติบ่อยมาก	5	6.8
(Mean=161.93 S.D=18.55 Min=126 Max=185)		
รวม	74	100.00

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในการดูแลผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.38 (S.D.=2.54) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากกว่าคะแนนเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 82.4 ส่วนด้านเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 90.16 (S.D.=10.22) โดยกลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่เห็นด้วยมากที่สุดว่า ควรมีการบริหารจัดการความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 44.6 สำหรับบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร พบว่ามีค่าเฉลี่ย 76.16 (S.D.=3.53) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กรเอื้อต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาน้อย คิดเป็นร้อยละ 59.5

และการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.81 (S.D.=15.77) โดยเห็นว่าได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับความเห็นที่ว่าได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 32.4) และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารมาก มีค่าร้อยละน้อยที่สุด (ร้อยละ 29.7)

สำหรับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีในการปฏิบัติบ่อยครั้ง ถึงร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ พฤติกรรมที่ดีมาก ในการปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 24.3 และดีปานกลางในการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 23.0 ซึ่งเมื่อรวมทั้ง 3 กลุ่มนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่อยู่ในกลุ่มดี ถึงร้อยละ 78.4 ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 161.93 (S.D.=18.55)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยทางด้านโครงสร้างจำแนกตาม ความรู้ เจตคติ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร การสนับสนุนจากผู้บริหาร กับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก (N=74)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก	.501	.001
เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก	.576	.001
บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร	.588	.001
การสนับสนุนจากผู้บริหาร	.386	.001

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ปัจจัยด้านโครงสร้างจำแนกตาม ความรู้ เจตคติ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร การสนับสนุนจากผู้บริหารกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ บรรยากาศและ

สิ่งแวดล้อมในองค์กร และการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (Cohen, 1999) กับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.501, .576, .588, .386$), $P<.001$ ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยทางด้านโครงสร้างจำแนกตาม ความรู้ เจตคติ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมในองค์กร การสนับสนุนจากผู้บริหารกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ ซึ่งได้อธิบายและแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยทางด้านโครงสร้าง จำแนกตาม ความรู้ เจตคติ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร การสนับสนุนจากผู้บริหารกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (N=74)

ปัจจัยทำนาย	b	Beta	t	p-value
ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก	.795	.354	4.559	.001
เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก	.456	.360	4.256	.001
บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร	.481	.386	4.319	.001
การสนับสนุนจากผู้บริหาร	.006	.004	.045	.964
Constant = -1.400 R=.781 R ² =.609 F Change=26.09 P-value=<.001				

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า ปัจจัยทางด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก และบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรีได้ ร้อยละ 60.9 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ($R^2=.609$, $p<.001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัด

สุพรรณบุรี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา ($b=.795$, $p<.001$) เจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ($b=.456$, $p<.001$) และบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร ($b=.481$, $p<.001$) สามารถร่วมกันทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรีได้ดีที่สุด ($p<.001$) โดยพบว่า บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร สามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรีได้ดีที่สุด (Beta=.386, $p<.001$) รองลงมาคือ เจตคติ

(Beta=.360, $p<.001$) และความรู้ (Beta=.354, $p<.001$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทั้งประชากร ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีประสบการณ์การทำงานในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 74 คน มีความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในเด็กมากกว่าคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 82.4 มีเจตคติที่ดีต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กที่เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 44.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด มะโนมัน (2551) และสันฤทัย พิลลา (2556) ที่พบว่า การมีความรู้และเจตคติที่ดีทำให้เกิดพฤติกรรมในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับบ่อยครั้ง มีบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กรที่เอื้อต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาน้อย คิดเป็นร้อยละ 59.5 การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในด้านการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 มีความสอดคล้องกับการศึกษาของสันฤทัย พิลลา (2556) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร และการสนับสนุนจากผู้บริหารที่เอื้อต่อการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ในระดับปานกลาง ในด้านความสามารถในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทาง

ยาในผู้ป่วยเด็กอยู่บ่อยครั้ง ร้อยละ 31.1 และมีพฤติกรรมที่ดีโดยปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 24.3 ซึ่งโรงพยาบาลสองกลุ่มนี้มีพฤติกรรมที่ดีร้อยละ 55.4 ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่าการมีพฤติกรรมที่ดีเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้ อาจเป็นเพราะการมีความรู้ที่มากกว่า ค่าเฉลี่ยถึงร้อยละ 82.4 และมีเจตคติที่ดีมากและมากที่สุดถึงร้อยละ 68.9

จากผลการศึกษาปัจจัยเชิงโครงสร้างทั้ง 4 ด้าน คือ ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรและการสนับสนุนจากผู้บริหารในการทำนวยการบริหารจัดการกับความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Enter พบว่า ความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก เจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก และบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร สามารถร่วมกันทำนวยการบริหารจัดการกับความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 60.9 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ($r^2=.609$, $p<.001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนวยการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ดีที่สุดคือ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร (Beta=.386, $p<.001$) รองลงมาคือ เจตคติ (Beta=.360,

$p < .001$) และความรู้ (Beta=.354, $p < .001$) ตามลำดับ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี มีแนวการปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นไปตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และมีความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ มีการพัฒนาและสร้างระบบประกันคุณภาพการพยาบาล โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กได้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งแสดงให้เห็นความเข้มแข็งของกระบวนการพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพการให้บริการด้านการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้ง 2 แห่งในจังหวัดสุพรรณบุรี และมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดคุณภาพระบบสุขภาพของโดนาปีเดียน Donabedian (1987) โดยหากต้องการให้ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยดีจำเป็นต้องให้ความสนใจ ปัจจัยในด้านโครงสร้างโดยเฉพาะ ปัจจัยด้านบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก และปัจจัยด้านเจตคติต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อน ทางยา ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ที่มีผลต่อกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารทางโรงพยาบาลดังนี้

1. ผู้บริหารควรตระหนักถึงการสนับสนุนการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในด้านต่างๆ เช่น การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม การส่งเสริมการเรียนรู้ การอบรมในเรื่องการใช้ยา ความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก

2. ควรส่งเสริมบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในองค์กรเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นการสนับสนุนจากผู้บริหารให้ชัดเจนเพื่อกำหนดแนวทางการสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ด้านการบริหารความเสี่ยงได้จริง

2. ควรทำการศึกษาค้นหาตัวแปรปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กเพิ่มเติมจากตัวแปรที่ผู้วิจัยได้คิดสรรมาแล้ว เพื่อกำหนดปัจจัยด้านอื่นที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กให้มีความครอบคลุมในทุกๆ ด้าน เช่น ปัจจัยในด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง ปัจจัยในด้านระบบขององค์กร วัฒนธรรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย รูปแบบการบริการและการบริหารความเสี่ยง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม และศุภลักษณ์ ธนานนท์นิवास. (2552). ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางการป้องกัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย Medication error and prevention guide for patient's safety. Veridian E-Journal Silpakorn University, 2(1), 195-217.

- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ก๊วย และยุวดี ฤาชา. (2553). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช. (2560). ข้อมูลสถิติการรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลประจำปี 2560. สุพรรณบุรี: โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.
- ศศิภาณุจน์ เยนทูปท์. (2558). ปัจจัยทำนายการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศุภวรรณ ศุภศิริ. (2551). การบริหารยาอย่างปลอดภัยสำหรับการให้ยาผู้ป่วยใน: การวิเคราะห์ปัญหา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาหรณพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปี. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล. ดิวัน.
- สมคิด มะโนมัน. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- สันห์ฤทัย พิลลา. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- Cohen, M. R. (1999). *Medication errors: causes and prevention*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Donabedian, A. (1987). Some basic issues in evaluating the quality of health care. In L. T. Rinke, *outcome measures in home care*, 1, 3-28.
- Donabedian, A. (2005). *Evaluating the Quality of Medical Care*, 83(4), 691-729.
- Kim, K. S.; Kwon, S. H.; Kim, J. A.; Cho, S. (2011). Nurse perceptions of medication errors and Their contributing factor in South Korea. *Journal of Nursing Management*, 19, 346-353.
- Shara, M. A. L. (2011). Factors Contributing to medication errors in Jordan: a nursing perspective. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(2), 158-161.
- Silva, Md. D. G., Rosa, M. B., Franklin, B. D., Reis, A. M. M., Anchiet, L. M., Mota, J. A. C. (2011). Concomitant prescribing and dispensing errors at a Brazilian hospital: a descriptive study. *Clinical Science*, 66 (10), 1691-1697.

ปัญหานิ้วล็อกและการบำบัดทางการพยาบาล

ฐิติมา หมอทรัพย์*, วีรณัฐ ไตรรัตน์ภาส*, พรทิพย์ จอกระจาย*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการบำบัดทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีอาการนิ้วล็อก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบและหนาตัวของปลอกหุ้มเอ็นบริเวณฐานของนิ้วมือ ทำให้เอ็นไม่สามารถเคลื่อนผ่านปลอกหุ้มเอ็นได้ตามปกติ จึงมีอาการปวด และเกิดการสะดุดของเอ็นเวลาขยับนิ้ว แม้ว่าการนิ้วล็อกจะไม่มีผลรุนแรงต่อภาวะสุขภาพ แต่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้นิ้วมือและมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปกติ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยนิ้วล็อกเริ่มตั้งแต่การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการ การบำบัดเมื่อเกิดอาการแล้ว ตลอดจนคำแนะนำเมื่อเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการกลับมาเป็นซ้ำ

คำสำคัญ : อาการนิ้วล็อก, การบำบัดทางการพยาบาล, บทบาทพยาบาล

Trigger Finger and Nursing Therapeutics

Thitima Morsup*, Veeranuch Triratnopas*, Porntip Jokkrajai*

Abstract

The purpose of this article is to discuss the nursing therapeutics for patients with trigger finger. This disease is mostly caused by the inflammation and thickening of the tendon sheath at the base of the finger. The patients can not move their fingers without feeling pain. The trigger finger is not harmful to patients' health but it disturbs their activities of daily living. The nurses' roles are providing preventive health teaching and therapeutic nursing care for the patients especially during post-operational care to reduce complications and recurrence.

Keywords: Trigger finger, Nursing therapeutics, Nurses's roles

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(2), 46-59

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: thitimanong@hotmail.com Tel. 064-4146192

Received: 1 July 2020,

Revised: 20 October 2020,

Accepted: 5 November 2020

บทนำ

อาการนิ้วล็อก มีชื่อเรียกหลายชื่อ ได้แก่ Trigger finger/Trigger digit/Stenosing flexor tenosynovitis/Stenosing tenovaginitis หากเกิดที่นิ้วหัวแม่มือเรียกเป็น Trigger thumb หากเกิดที่นิ้วอื่นๆ มักนิยมเรียกเป็น Trigger finger อาการนิ้วล็อกเป็นหนึ่งในโรคทางระบบกระดูกและข้อ (Orthopedics) ที่พบบ่อย ประมาณ ร้อยละ 2-3 ของประชากรทั่วไป แม้ในทารกแรกเกิด แต่พบบ่อยในวัยกลางคน ช่วงอายุ 40-50 ปี โดยเฉพาะผู้หญิง พบได้บ่อยกว่าผู้ชาย มักเกิดกับอาชีพที่มีการใช้มือและนิ้วมือในท่าเดิมซ้ำๆ เป็นเวลานานๆ ได้แก่ แม่บ้าน แม่ครัว ช่างตัดผม ช่างตัดเสื้อผ้า หมอนวด แพนไทย นักกีฬาเทนนิส แบดมินตัน และกอล์ฟ (Langer, Luria, Maeir, and Erez, 2014; Langer, Luria, Maeir, Michailevich, and Luria, 2017) ผู้ทำงานสำนักงานที่มีการใช้คอมพิวเตอร์ตลอดเวลา หรือแม้แต่การใช้นิ้วสัมผัสหน้าจอโทรศัพท์มือถือ (Smart phone) นิ้วล็อกจัดเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่ม Office syndrome ในเด็กมักพบเป็นมาแต่กำเนิด (Congenital trigger finger) (Kakel, Van Heerden, Gallagher and Verniquet, 2010) นิ้วล็อกในเด็กส่วนใหญ่มักเป็นที่นิ้วหัวแม่มือ โดยนิ้วจะอยู่ในท่าออาจพบได้ทั้ง 2 ข้าง เมื่อมีการใช้งานมือและนิ้วมือในท่าเดิมซ้ำๆ จะทำให้เกิดการอักเสบของปลอกหุ้มเอ็นบริเวณฝ่ามือ เวลาขยับนิ้วจะมีเสียงดัง “คลิก” เนื่องจากการเสียดของเอ็น ส่วนมากจะพบที่นิ้วนางรองลงมาเป็นนิ้วหัวแม่มือ นิ้วกลาง นิ้วชี้ และนิ้วก้อยตามลำดับ

นอกจากนี้โรคเรื้อรังบางโรคเป็นสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดนิ้วล็อก เช่น โรคข้อต่ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) โรคเก๊าท์ (Gout) ฟังผืดรัดเส้นประสาทบริเวณมือ (Carpal tunnel syndrome) และโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) (สุรเมศวร์ ศิริจารุงศ์, จักรกริช กล้าผจญ, คณิตศ์ สนั่นพานิช, และสยาม ทองประเสริฐ, 2555) เป็นต้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานพบได้บ่อยถึงร้อยละ 10 เพราะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงไปทำปฏิกิริยาเคมีกับโปรตีน ทำให้เกิดการแข็งตัวของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) ซึ่งรวมถึงเอ็นและปลอกหุ้มเอ็น (Koh, Nakamura, Hattori, and Hirata, 2010) ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดนิ้วล็อกในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีอุบัติการณ์การเกิดนิ้วล็อกมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า แนวทางการรักษานิ้วล็อกขึ้นอยู่กับอาการ หากมีอาการไม่มากมักจะใช้การรักษาแบบประคับประคอง โดยพักการใช้งานมือ การตามนิ้ว เพื่อลดอาการอักเสบของเส้นเอ็น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นแพทย์มักใช้วิธีการฉีด Corticosteroid ในตำแหน่งที่มีอาการปวด การผ่าตัดจะพิจารณาเป็นทางเลือกสุดท้าย (Huisstede, Hoogvliet, Coert, and Fridén, 2014) บทบาทของพยาบาลในการให้คำแนะนำผู้ป่วยนิ้วล็อกตลอดจนการบำบัดทางการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัตินี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการนิ้วล็อกและช่วยลดอัตราการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น



ภาพที่ 1 พยาธิสภาพนิ้วล็อก

ที่มา : <https://www.huachiewtcm.com/content/6250/>

พยาธิสภาพ โดยทั่วไปแบ่งตามพยาธิสภาพการเกิดนิ้วล็อกได้ดังนี้ (Brozovich, Agrawal and Reddy, 2019)

1. ความผิดปกติของปลอกหุ้มเอ็นบริเวณฝ่ามือ (A-1 Pulley) (Pulley disease) โดยเริ่มจากการอักเสบ แล้วไปกระตุ้น Fibroblast ให้มีการสร้าง Collagen เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ปลอกหุ้มเอ็นหนาตัวและมีขนาดของเส้นรอบวงลดลง เอ็นจึงไม่สามารถเคลื่อนผ่านปลอกหุ้มเอ็นได้ตามปกติ นอกจากนี้การที่มีแรงกระทำต่อปลอกหุ้มเอ็นบ่อยๆ และติดต่อกัน จะทำให้เกิดการบาดเจ็บแบบค่อยเป็นค่อยไป ต่อมาเกิดการสะสมตัวเองขึ้นเป็นภาวะที่มีการสร้าง Collagen มากขึ้น ภาวะนี้อาจเรียกได้ว่า Tenosynovitis หมายถึง ภาวะที่ปลอกหุ้มเอ็นมีการหนาตัว ส่วนภาวะที่มีการอักเสบร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นในระยะแรกหรือระยะเรื้อรัง จะเรียกภาวะนี้ว่า Tenosynovitis ในปัจจุบันจะใช้คำนี้มากกว่า เพราะตรงกับพยาธิสภาพของอาการนิ้วล็อก

2. ความผิดปกติของเอ็น (Tendon disease) ซึ่งพบภาวะนี้ได้บ่อยกว่ามาก โดยทั่วไปจะพบในเด็ก (Congenital or developmental trigger thumb or fingers) มีความผิดปกติของเอ็นโดยที่ปลอกหุ้มเอ็นนั้นผิดปกติ โดยมากมักมีก้อน Notta nodule ขึ้นที่ FPL (Flexor pollicis longus) ทำให้มีการขัดกันระหว่างเอ็นและปลอกหุ้มเอ็น นิ้วจะติดในท่างอ เหยียดออกลำบาก ในผู้ใหญ่ที่พบภาวะนี้ได้โดยมักจะพบว่า มีเอ็นบวม

3. ความผิดปกติร่วมกัน (Combine) คือ มีทั้งการหนาตัวของเอ็น เยื่อหุ้มเอ็น และปลอกหุ้มเอ็น พบได้ในภาวะที่มีการอักเสบในร่างกาย เช่น Rheumatoid arthritis เป็นต้น นอกจากนี้ภาวะที่มีการจับตัวของสารบางอย่างที่เอ็น เช่น ภาวะ Amyloidosis, Gouty tophi เป็นต้น ก็สามารถทำให้เกิดอาการนิ้วล็อกได้

อาการ ผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก มักมีอาการเจ็บที่ฝ่ามือบริเวณใต้ข้อต่อโคนนิ้วมือ อาการจะมากขึ้นเวลาเคลื่อนไหว โดยเฉพาะจุดท้ายสุดของพิสัยการเคลื่อนไหวของนิ้ว มีอาการนิ้วติดสะดุด กำนิ้วมือไม่ได้และเหยียดไม่ออก โดยอาการของโรคมักพบมากหลังจากตื่นนอนตอนเช้า หรือขณะที่ใช้งานมือหนักๆ ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน (Nolan, 2012) ทั้งนี้ความรุนแรงของโรคนิ้วล็อกแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 มีอาการเจ็บที่ฝ่ามือและบริเวณโคนนิ้วมือที่ตำแหน่ง A-1 Pulley

ระดับที่ 2 มีอาการสะดุดเวลาทำหรือเหยียดนิ้วมือ แต่ยังสามารถเหยียดนิ้วตัวเอง

ระดับที่ 3 กำมือแล้วเกิดอาการล็อก ไม่สามารถเหยียดนิ้วได้เอง ต้องใช้มือมาช่วยจางออก

ระดับที่ 4 ไม่สามารถกำมือได้สุด และอาจมีข้อนิ้วมือผิดปกติรูปร่างด้วย

การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment)

ตามปกติการประเมินภาวะสุขภาพ เป็นหน้าที่ของแพทย์ หากผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประเมินภาวะสุขภาพเป็นหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยมีลำดับในการประเมินภาวะสุขภาพ มีดังนี้ (Magee, 2014)

1. การซักประวัติสุขภาพ (Health history) เพื่อให้ทราบถึงอาการ และอาการแสดง นิ้วที่เกิดอาการ ระยะเวลาที่เป็นตลอดจนสาเหตุส่งเสริมหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนิ้วล็อก

2. การตรวจคัดกรอง (Screening examination) เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงโดยพยาบาล จะต้องใช้เทคนิคการตรวจร่างกาย ได้แก่

2.1 การดู (Inspection) พบการบวมบริเวณปลอกหุ้มเอ็นที่ฝ่ามือ และการจัดเรียงตัวของนิ้วไม่เป็นไปตามปกติ

2.2 การคลำ (Palpation) จะพบจุดเจ็บบวมและหนาตัวบริเวณเหนือปลอกหุ้มเอ็นที่ฝ่ามือ ตรงตำแหน่งโคนนิ้ว ทำให้รู้สึกว่าการขยับนิ้วเกิดอาการสะดุด

2.3 พิสัยการเคลื่อนไหว (Range of motion) ตรวจโดยให้กำมือแบมือเร็วๆ จะพบว่า มีช่วงการเคลื่อนไหวของนิ้วมือน้อยลง

2.4 การตรวจพิเศษในโรงพยาบาล เมื่อได้ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจต่อ โดยปกติไม่จำเป็นต้องใช้การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ยกเว้นในรายที่มีอาการบวมมากๆ เช่น ภาวะการติดเชื้อเรื้อรัง ได้แก่ Tuberculous tenosynovitis อาจใช้การส่งตรวจ Magnetic resonance imaging (MRI) (Chang, Chen, and Chung, 2015) หรืออาจใช้การตรวจด้วย Ultrasound (Mifune, et al., 2016) จะพบการหนาตัวของ A-1 Pulley เป็นต้น

แนวทางการรักษาทั่วไป

โดยปกติแนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย มีดังนี้

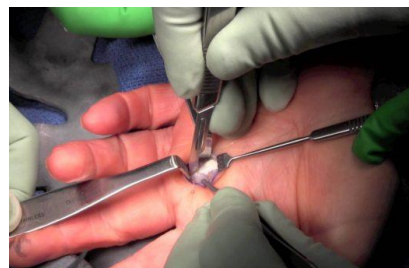
1. การรักษาตามอาการ (Conservative treatment) ได้แก่ การพักการใช้งานมือและนิ้วที่เกิดอาการ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ลดการใช้นิ้วมือในท่าเดิมซ้ำๆ อาจใส่วัสดุตามนิ้ว (Splint) (Rizzone and Gregory, 2013) และการใส่วัสดุตามนิ้วควรใช้วัสดุที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย เป็นการป้องกันการเกิดแรงเสียดทานของเอ็นนิ้วมือในขณะที่เคลื่อนไหวผ่านปลอกหุ้มเอ็น A-1 Pulley (รัตติกร ทองใบ และญานินี วงศ์ษา, 2561) จากการศึกษาของ สุรเมศวร์ ศิริจารุงศ์ และคณะ (2555) พบว่า การใส่อุปกรณ์พยุงข้อโคนนิ้วมือนาน 6 สัปดาห์ สามารถลดจำนวนครั้งการเกิดนิ้วสะดุดและลดระดับความเจ็บปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรักษาโดยใช้ยา (Medication treatment) โดยทั่วไปจะให้ยาเพื่อลดการอักเสบ โดยมักจะให้ยาในกลุ่ม Steroid เช่น Prednisolone

ขนาด 10-15 มิลลิกรัมต่อวัน โดยให้ไม่เกิน 3-5 วัน การให้ Non-Steroidal Anti-Inflammation Drug (NSAID) ก็ได้ผลดี นอกจากนี้อาจใช้วิธีการฉีดยา ลดการอักเสบเฉพาะที่ ตรงตำแหน่งปลอกหุ้มเอ็น A-1 Pulley ยาที่ใช้เป็นยาในกลุ่ม Steroid (Smith, 2011; Giugale & Fowler, 2015) แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากเกิดผลข้างเคียง ทำให้เอ็นเปื่อยและอาจจะขาดเองได้ ปกติจะฉีด เข้าได้ 2-3 ครั้ง

3. การรักษาโดยการผ่าตัด (Operation) หากอาการไม่ดีขึ้นต้องรับการผ่าตัด แม้การผ่าตัด จะมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำน้อยแต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น เส้นประสาท เอ็นได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด (Aref, Fatemeh, and Hosein, 2014) การรักษาโดยการผ่าตัดแบบ ไม่เปิดแผลที่เรียกว่า Percutaneous release ช่วยลดการปวดแผล และลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ดี Diab (2015) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการผ่าตัด Percutaneous release จำนวน 43 ราย โดยใช้เข็มฉีดยาเบอร์ 18 พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 3 รายต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ และ 6 ราย Flexor tendon เกิดการฉีกขาด แต่ยังไม่สูญเสียหน้าที่การทำงาน จากการศึกษาไม่พบการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด เส้นประสาทและเอ็น นอกจากการใช้เข็มฉีดยาเบอร์ 18 แล้วยังมีการใช้เครื่องมือเฉพาะสำหรับการตัดปลอกหุ้มเอ็นที่หนาตัว ในประเทศไทยมีการใช้เครื่องมือของทันตแพทย์ และอุปกรณ์เฉพาะที่เรียกว่า A-Knife (สิทธิโชค อนันตเสรี, 2562) โดยมีลักษณะพิเศษ คือปลาย

ใบมีดมีลักษณะมนจึงไม่เกิดการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนต่อเส้นเลือด เส้นประสาทและเอ็น การผ่าตัดแบบนี้ไม่ต้องเย็บแผลผ่าตัด สามารถทำที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกได้ Brozovich, Agrawal, and Reddy (2019) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยนิ้วล็อก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003-2019 พบว่า ยังไม่มีการรักษาที่เป็นมาตรฐานสากล แต่แนวทางการรักษาที่สำคัญ คือ การมุ่งเน้นการหายจากอาการและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ และค่าใช้จ่ายในการรักษาต้องไม่มาก ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่จึงมักใช้วิธี Percutaneous release ซึ่ง Choudhury and Tay (2014) ได้ศึกษาแนวทางการรักษาผู้ป่วยนิ้วล็อก พบว่า การให้การรักษาที่มากกว่า 1 วิธีไม่ว่าจะเป็น การให้ยา NSAID การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้มือที่ไม่ถูกต้อง การตามนิ้ว และการฉีด Corticosteroid จะให้ผลการรักษาที่ดี ช่วยลดอัตราการผ่าตัดได้ดีกว่าการใช้การรักษาด้วยวิธีการฉีด Corticosteroid เพียงอย่างเดียว



ภาพที่ 2 การผ่าตัดแบบเปิดแผล

ที่มา: <https://www.chonburi-post.com/>



ภาพที่ 3 A-Knife สำหรับ Percutaneous release
ที่มา : <https://rdo.psu.ac.th/en/index.php/features/193-a-knife>

บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการบำบัด ทางการพยาบาล

แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลนอกจากการประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย การตรวจคัดกรองแล้ว บทบาทในการป้องกันและการบำบัดทางการพยาบาลก็มีความสำคัญต่ออาการของผู้ป่วยการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะช่วยลดอาการปวดและบำบัดอาการนิ้วล็อกได้ หากอาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นต้องเข้ารับการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและบำบัดอาการนิ้วล็อกมีดังนี้ (Guigale and Fowler, 2015)

1. การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดอาการนิ้วล็อก พยาบาลมีบทบาทในการให้คำแนะนำในเรื่องการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการนิ้วล็อก ได้แก่ การไม่หิ้วของหนักเกิน ถ้าจำเป็นให้ใช้ผ้าขนหนูรองบริเวณที่จะหิ้ว และหิ้วให้น้ำหนักตกที่ฝ่ามือ อาจใช้วิธีการอุ้มประคองหรือใส่รถเข็นลากแทนการหิ้ว หลีกเลี่ยงการชักผ้าด้วยมือและการบิดผ้าให้แห้งมากๆ หรือ

กิจกรรมที่ต้องใช้ข้อมือเพื่อให้กำแน่นๆ ขณะใช้เครื่องมือ เช่น ไขควง เลื่อย ค้อน เป็นต้น ควรใส่ถุงมือหรือห่อหุ้มด้ามจับเครื่องมือให้นุ่มขึ้นและด้ามจับควรมีขนาดพอเหมาะแก่การใช้งาน งานที่ต้องใช้มือเป็นเวลานานๆ ทำให้มือเมื่อยล้า หรือระบม ควรพักมือเป็นระยะๆ ไม่ขยับนิ้วหรือบิดนิ้วเล่น เพราะจะทำให้เอ็นอักเสบ ถ้ามีข้อนิ้วฝืดตอนเช้า หรือมือเมื่อยล้า ให้แช่น้ำอุ่น 15-20 นาที ร่วมกับการขยับมือกำแบในน้ำเบาๆ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เลือดไหลเวียนได้สะดวกขึ้น ช่วยลดอาการข้อนิ้วฝืด แต่ไม่ควรกำมือแน่นจนเกินไป

2. การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดและบำบัดอาการนิ้วล็อก เมื่อผู้ป่วยมีอาการ พยาบาลมีบทบาทในการให้คำแนะนำเพื่อบำบัดอาการ ได้แก่ การพักมือโดยการใช้อุปกรณ์ตามนิ้ว (Splint) เพื่อป้องกันหรือจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อบริเวณโคนนิ้วมือ (Metacarpophalangeal joint) ควรเลือกวัสดุตามนิ้วที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย เป็นการป้องกันการเกิดแรงเสียดทานของเอ็นนิ้วมือในขณะที่เคลื่อนไหวผ่านปลอกหุ้มเอ็น A-1 Pulley (รัตติกร ทองใบ และญานินี วงศ์ษา, 2561) การให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการฉีดยาทั้งยาบรรเทาและยาฉีดยา โดยฉีดยาฉีดยาจะไม่ให้เกิน 3 ครั้งต่อปี นอกจากนี้ยังมีการบริหารและการนวดซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้เป็นประจำโดยไม่มีข้อห้าม จากงานวิจัยการบริหารจะช่วยเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของมือโดยการบีบลูกบอลยาง (Christoff, 2014) หรือการบริหารมือและนิ้วมือเพื่อบำบัดอาการนิ้วล็อก (Morrison, 2018) ผู้เขียนจัดกลุ่มการบำบัดอาการนิ้วล็อกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

2.1 การบริหารที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ มีดังนี้

ท่าที่ 1 ทำเหยียดนิ้วให้ตึง ใช้มืออีกข้างยกค้างไว้ ประมาณ 2-3 วินาที แล้วปล่อย ทำซ้ำ 5 รอบ และทำวันละ 3 ครั้ง

ภาพที่ 4

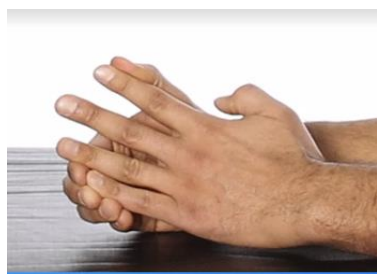


ท่าที่ 2 ขยับนิ้วที่มีอาการไปหานิ้วข้างๆ สลับกันไปมา เป็นรูปตัว “V” ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมืออีกข้างช่วยต้านแรงที่นิ้วข้างๆ ทั้งสองนิ้ว (จากภาพนิ้วที่มีอาการคือนิ้วกลาง) ทำซ้ำ 5 รอบ และทำวันละ 3 ครั้ง ตามภาพที่ 5-7

ภาพที่ 5



ภาพที่ 6



ภาพที่ 7



ท่าที่ 3 ใช้นิ้วที่มีอาการร่วมกับนิ้วโป้ง ทำท่าจับเป็นรูปตัว “O” แล้วคลายออก ทำซ้ำ 10 รอบ และทำวันละ 2 ครั้ง ตามภาพที่ 8-9

ภาพที่ 8



ภาพที่ 9



ท่าที่ 4 เริ่มจากกางนิ้วทุกนิ้วออกให้กว้างมากเท่าที่จะทำได้เป็นเวลา 2-3 วินาที แล้วหุบนิ้วทุกนิ้วเข้าหากัน ใช้มืออีกข้างดัดนิ้ว 4 นิ้วไปทางหลังมือ ทั้งค้างไว้ 2-3 วินาที ดัดไปทางฝ่ามือ ทั้งค้างไว้ 2-3 นาที ยืดนิ้วโป้งให้กางออกมากที่สุด แล้วหุบกลับไปทางโคนนิ้วก้อย ทำซ้ำหลายๆ รอบ ทำนี้ทำวันละ 2 ครั้ง ตามภาพที่ 10-15

ภาพที่ 10



ภาพที่ 11



ภาพที่ 12



ภาพที่ 13



ภาพที่ 14



ภาพที่ 15



2.2 การบริหารที่ต้องใช้อุปกรณ์ ได้แก่ ยางยืด ลูกบอลยาง เหยียด ผ้าขนหนู โดยมีท่าในการบริหาร ดังนี้

ท่าที่ 1 เริ่มจากจับนิ้วทุกนิ้วเข้าหากัน นำยางวงมาสวมบริเวณนิ้วที่จับ กางนิ้วที่จับออกเพื่อยืดขยายยางวงออก ทำซ้ำ 10 รอบ ทำวันละ 3 ครั้ง ตามภาพที่ 16-17

ภาพที่ 16



ภาพที่ 17



ท่าที่ 2 ทำกำลูกบอลยาง ทำซ้ำ 5 รอบ ทำวันละ 3 ครั้ง ตามภาพที่ 18-19

ภาพที่ 18



ภาพที่ 19



ท่าที่ 3 ใช้นิ้วที่มีอาการร่วมกับนิ้วโป้งหยิบจับสิ่งของเล็กๆ เช่น เหยียด กระดุม เป็นต้น โดยหยิบจากที่หนึ่งไปวางอีกที่หนึ่งทำซ้ำไปมา ประมาณ 5 นาที ทำวันละ 2 ครั้ง ตามภาพที่ 20-21

ภาพที่ 20



ภาพที่ 21



ท่าที่ 4 ทำท่าขยำผ้าขนหนู ให้ได้ขนาดเหมือนกำลูกบอลในฝ่ามือแล้วคลายออก ทำซ้ำไปมา 10 รอบ ทำวันละ 2 ครั้ง ตามภาพที่ 22-23

ภาพที่ 22



ภาพที่ 23



2.3 การนวด (Massage) เพื่อช่วยทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ระบบไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงนิ้วได้ดี ก่อนนวดควรแนะนำให้แช่มือในน้ำอุ่นหรือประคบร้อนเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว ท่าที่ใช้ในการนวด มีดังนี้

ท่าที่ 1 กดปล่อยกล้ามเนื้อท้องแขนจากใต้ข้อศอกถึงปลายนิ้ว โดยกำหนดเป็นแนวเส้นสมมติ 5 เส้นไปยังนิ้วทุกนิ้ว โดยกดค้างแล้วปล่อยในแต่ละแนวทำซ้ำ 3-5 รอบ ตามภาพที่ 24-26

ภาพที่ 24



ภาพที่ 25



ภาพที่ 26



ท่าที่ 2 ทำเช่นเดียวกับท่าที่ 1 แต่ทำบริเวณหลังมือถึงปลายนิ้ว โดยกำหนดเป็นแนวเส้นสมมติ 5 เส้นเช่นเดียวกัน กดค้างแล้วปล่อย ในแต่ละแนวทำซ้ำ 3-5 รอบ ตามภาพที่ 27-29

ภาพที่ 27



ภาพที่ 28



ภาพที่ 29



ท่าที่ 3-4 กดปล่อยตามแนวข้อมือของนิ้ว โดยกดขึ้นลงเฉพาะฝ่ามือ ทำซ้ำ 3-5 รอบ ทำบริเวณหน้ามือเป็นท่าที่ 3 และบริเวณหลังมือเป็นท่าที่ 4 ตามภาพที่ 30-31

ภาพที่ 30



ภาพที่ 31



ท่าที่ 5 นวดคลายบริเวณที่มีอาการล็อค โดยกดคลึงเบาๆ บริเวณโคนนิ้วทุกนิ้ว ขณะนวดจะรู้สึกว่ามีก้อนแข็งบริเวณนี้ ตามภาพที่ 32-33

ภาพที่ 32





ภาพที่ 33

ท่าที่ 6 ทำยืดนิ้ว โดยดึงปลายนิ้วไว้ 10 วินาที ทำซ้ำ 3-5 รอบ ตามภาพที่ 34



ภาพที่ 34

ท่าที่ 7 กดที่โคนนิ้วพร้อมให้ผู้ป่วยงอนิ้ว และเหยียดนิ้ว โดยงอเข้าให้ลึกและเหยียดให้สุด ทำนิ้วละ 10 ครั้ง ทำซ้ำ 6 รอบ ตามภาพที่ 35-36



ภาพที่ 35



ภาพที่ 36

ที่มาภาพที่ 24-36 : https://www.youtube.com/watch?v=_Ysm6FG9kBM

3. การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด

การพยาบาลก่อนผ่าตัด พยาบาลควรให้คำแนะนำเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดโดยให้ตัดเล็บมือให้สั้นเพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรคและไม่สวมแหวน เครื่องประดับหรือนาฬิกาที่ข้อมือข้างที่จะทำผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทั้งนี้ การปิดแผลมักพันทับด้วยผ้ายืดพันแผล (Elastic bandage) และต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสมได้แก่ ยกแขนสูงเพื่อป้องกันปลายนิ้วบวม ระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำเพราะจะทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อ สังเกตปลายนิ้วมีอัมพาตบวมเขียว ชา ให้คลายผ้ายืดพันแผลออกได้ แล้วพันใหม่ให้หลวมกว่าเดิม ตลอดจนสังเกตแผลผ่าตัดถ้าผิดปกติ เช่น มีเลือดซึมมากหรือซึมตลอดเวลาให้รีบไปพบแพทย์ทันที โดยปกติไม่จำเป็นต้องทำแผล ยกเว้นผ้าพันแผลเปียกหรือสกปรก การตัดไหมประมาณ 7-10 วันหลังผ่าตัด อาจไปที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน หลังผ่าตัดสามารถใช้งานมือได้ทันที และบริหารมือในท่ากำเหยียดบ่อยๆ กรณีที่ทำผ่าตัดแบบ Percutaneous decompression ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำเป็นเวลา 3 วัน เมื่อครบ 3 วันเปิดแผล และแนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อประเมินอาการหลังผ่าตัด

4. การพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

การปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัดที่ถูกวิธีเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เพราะหลังผ่าตัดหากผู้ป่วยไม่บริหารมือในท่ากำเหยียดบ่อยๆ อาจเกิดการเชื่อมติดกันของพังผืดบริเวณที่ทำผ่าตัดไป ทำให้เกิดอาการนิ้วล็อกขึ้นอีก

และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการ นิ้วล็อกก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

สรุป และข้อเสนอแนะ

อาการนิ้วล็อกแม้จะไม่ใช่อาการรุนแรง แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้มือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปกติ หากอาการยังไม่มาก พยาบาลสามารถให้คำแนะนำเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการ นิ้วล็อกได้ ก่อนให้คำแนะนำควรพิจารณาตัวผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวที่สำคัญในการบำบัดอาการนิ้วล็อก คือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การใช้งานนิ้วมือในท่าเดิมซ้ำๆ แต่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถปฏิบัติตามได้ตลอดเนื่องจากมีอาชีพที่ต้องใช้มือและนิ้วมือในท่าเช่นนั้น ควรให้คำแนะนำเรื่องการบริหารนิ้ว

มือและมือ ซึ่งท่าที่บริหารมีหลายท่า อาจนำเสนอท่าที่ง่ายทำได้ตลอดเวลาไม่ต้องใช้อุปกรณ์อื่นใดช่วยในการบริหาร เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้สม่ำเสมอ และการให้คำแนะนำควรพิจารณาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากอาชีพ การให้คำแนะนำที่เหมาะสมและนำไปใช้ได้จริงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรทำ ไม่ใช่ให้คำแนะนำตามทฤษฎีหรือตามตำรา ในด้านงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยของทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาอาการนิ้วล็อก มีวิจัยเพียงบางส่วนที่เป็นงานวิจัยของนักกายภาพบำบัด บทบาทของพยาบาลในการบำบัดอาการนิ้วล็อกจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจในการศึกษาวิจัยต่อไป โดยเฉพาะบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาเบื้องต้นและป้องกันโรคให้แก่บุคคลในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- บัณฑิต พรหมมานนท์. (2563). สอนนวด #นิ้วล็อค #เอ็นนิ้วมืออักเสบ ปวดบริเวณข้อนิ้ว กำมือไม่ได้. สืบค้นจาก https://www.youtube.com/watch?v=_Ysm6FG9kBM
- รัตติกร ทองใบ และญาณี วงศ์ษา. (2561). การรักษาโรคนิ้วล็อกด้วยอุปกรณ์ตามนิ้ว. *Thai Journal Online*, 11(2), 140-146.
- สิทธิโชค อนันตเสรี. (2562). A-Knife : The Scalpel for Percutaneous Trigger Finger Release. สืบค้นจาก <https://rdo.psu.ac.th/en/index.php/features/193-a-knife>
- สุรเมศวร์ ศิริจารุงศ์, จักรกริช กล้าผจญ, คณิตส์ สนั่นพานิช และสยาม ทองประเสริฐ. (2555). การศึกษานำร่องผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกต่อการใช้อุปกรณ์พยุงข้อโคนนิ้วมือ: การวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 22(3), 80-88.
- Aref, H. A., Fatemeh, S., & Hosein, K. M. (2014). Compare between corticosteroid injection and surgery in the treatment of trigger finger. *Journal of Translation Internal Medicine*, 2(3), 132-137.
- Brozovich, N., Agrawal, D., & Reddy, G. (2019). A Critical Appraisal of Adult Trigger Finger: Pathophysiology, Treatment, and Future Outlook. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 8(7), 2360.
- Chang, E. Y., Chen, K. C., & Chung, C. B. (2015). MR imaging findings of trigger thumb. *Skeletal Radiology*, 44(8), 1201-1207.
- Choudhury, M.M., Tay, S.C. (2014). Prospective study on the management of trigger finger, *Hand Surgery*, 19(3), 393-400.
- Christoff, M. (2014). The impact of a hand therapy screening on patients referred for surgical opinion. *Journal of Hand Therapy*, 27(1), 70-71.
- Diab, R.A. (2015). Percutaneous release of trigger finger. *Journal of Orthopaedic Surgery. (Hong Kong)*, 23(2), 241-242.
- Giugale, J.M., & Fowler, J.R. (2015). Trigger finger adult and pediatric treatment strategies. *The Orthopedic Clinics of North America*, 46(4), 561-569.
- Huisstede, B. M. A., Hoogvliet, P., Coert, J. H., & Fridén, J. (2014). Multidisciplinary Consensus Guideline for Managing Trigger Finger: Results From the European HANDGUIDE Study. *Physical Therapy*, 94(10), 1421-1433.
- Kakel R, Van Heerden P, Gallagher B, Verniquet A. (2010). Pediatric trigger thumb in identical twins: congenital or acquired?, Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20349881/>.

- Koh, S., Nakamura, S., Hattori, T. & Hirata, H. (2010). Trigger digits in diabetes: Their incidence and characteristics. *The Journal of Hand Surgery European*, 35(4), 302-306.
- Langer, D., Luria, S., Maeir, A., & Erez, A. (2014). Occupation-based Assessments and Treatments of Trigger Finger: A Survey of Occupational Therapists from Israel and the United States. *Occupational Therapy International*, 21(4), 143-155.
- Langer, D., Maeis, A., Michailovich, M. & Luria, S. (2017). Evaluating Hand Function in Clients with Trigger Finger. *Occupational Therapy International*, 24(1), 1-8.
- Magee, D.J., (2014). *Orthopedic Physical Assessment*. Retrieved from [https:// www.pdfdrive.com/orthopedic-physical-assessment-d187511010.html](https://www.pdfdrive.com/orthopedic-physical-assessment-d187511010.html), 429-507
- Mifune, Y., Inui, A., Sakata, R., Harada, Y., Takase, F., Kurosaka, M., & Kokubu, T. (2016). High-resolution ultrasound in the diagnosis of trigger finger and evaluation of response to steroid injection. *Skeletal Radiology*, 45(12), 1661–1667.
- Morrison, W. (2018). *11 Trigger Finger Exercises to Try at Home*. Cronkleton, E. (Ed.), Retrieved from <https://www.healthline.com/health/fitness-exercise/trigger-finger-exercises#o-exercise>
- Nolan M.M. (2012). FINGER TROUBLE: Common hand complaints have different “triggers.” *Arthritis Today*, 26(5), 55.
- Rizzone, K., & Gregory, A. (2013). Using Casts, Splints, and Braces in the Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 14(4), 340–348.
- Smith, G. (2011). Review of steroid-only injection therapy clinics performed by a physiotherapist working in primary care. *International Musculoskeletal Medicine*, 33(2), 61–63.

ต่อกระจก: บทบาทพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

กัณฑ์สินี ประสพสุวรรณ*

บทคัดย่อ

ต่อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดทั้งในผู้ใหญ่และทารก ต่อกระจกในผู้ใหญ่เกิดจากแก้วตาภายในลูกตาเสื่อมลง จนมีลักษณะขุ่นขาว ทำให้ไม่สามารถมองวัตถุต่างๆ ได้ชัดเจน เกิดจากภาวะเสื่อมตามวัยหรือจากวัยชรา ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เรียกว่า “ต่อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract)” ส่วนต่อกระจกโดยกำเนิดในทารกแรกเกิด เรียกว่า “Congenital cataract” ซึ่งอาจเกิดจากกรรมพันธุ์จากพ่อหรือแม่ที่เป็นต่อกระจกโดยกำเนิด หรือการติดเชื้อหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์ ปัจจุบันมาตรฐานการรักษาต่อกระจกทั้งในผู้สูงอายุและในทารกแรกเกิดคือการผ่าตัด วิธีที่ได้รับความนิยมสูงสุดในปัจจุบัน คือการผ่าตัดด้วยวิธีสลายต่อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและการใส่แก้วตาเทียม (Phacoemulsification with Intraocular Lens Implantation) ใช้เวลาในการผ่าตัดสั้น มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดน้อย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจก ทั้งในผู้ใหญ่และทารกและกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปประยุกต์ในการจัดการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดต่อกระจก เพื่อส่งเสริมสุขภาพตาที่ดีในบุคคลทั่วไป

คำสำคัญ: ต่อกระจกในผู้สูงอายุ, ต่อกระจกโดยกำเนิด, ตาบอด, การผ่าตัด, บทบาทพยาบาล

Cataract: Roles of Nurses in Care Management for Patients Undergoing Surgery

Kansinee Prasopsuwan*

Abstract

Cataract is the leading cause of blindness in both adult and newborn patients. Cataract in adult is caused by deteriorating of the cornea turning the appearance to turbid white which makes the visibility unclear. People aged 60 and older are commonly found to have this kind of symptom called “Senile cataract”. On the other hand, the cataract in newborn may happen before or at birth, called “Congenital cataract”. It could be inherited from the parents who have cataract, or caused by rubella infections during pregnancy of the mother. At present, cataract treatment in both older adults and newborn patients is accomplished by surgery. Phacoemulsification with intraocular lens implantation is mostly performed in cataract surgery, as it requires less operating time and has fewer complications during and after surgery. This article presents nursing practice for preoperative and postoperative care for both older adults and newborns having cataract surgery, along with a case study. This could be applied for care management among these patients, while enhancing appropriate cataract prevention strategies to promote good vision in general people.

Keywords: Senile cataract, Congenital cataract, Blindness, Surgery, Nursing roles

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(2), 60-72

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: Nongzamak40@gmail.com Tel. 094-3966594

Received: 1 July 2020,

Revised: 20 October 2020,

Accepted: 5 November 2020

บทนำ

เมื่อกล่าวถึงโรคต้อกระจก คนส่วนใหญ่มักนึกถึงผู้สูงอายุที่เริ่มมองเห็นภาพไม่ชัดเจนเนื่องจากแก้วตาภายในลูกตาเสื่อมลง จนมีลักษณะขุ่นขาว ทำให้ไม่สามารถมองวัตถุต่างๆ ได้ชัดเจน ส่วนใหญ่แล้วประมาณร้อยละ 80 ต้อกระจกจะเกิดจากภาวะเสื่อมตามวัยหรือจากวัยชรา โดยผู้ที่มียายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะเป็นต้อกระจกถึงร้อยละ 96 (ณัฐฐา สกลสัตยาทร, 2558) แต่อาจเป็นมากหรือน้อยแตกต่างกันไป เรียกว่า “ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract)” ทั้งนี้ประมาณร้อยละ 20 ที่คนอาจไม่ค่อยได้กล่าวถึง แต่กลับมีความสำคัญมากและเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียการมองเห็นคือต้อกระจกที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่จากวัยชรา เช่น เป็นต้อกระจกมาแต่กำเนิด ได้แก่ ต้อกระจกในเด็กทารกที่เกิดจากกรรมพันธุ์จากพ่อหรือแม่ที่เป็นต้อกระจกโดยกำเนิด หรือเกิดจากมารดาเป็นหัดเยอรมันในช่วงระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ต้อกระจกในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือขาดอาหาร และต้อกระจกแต่กำเนิดชนิดกรรมพันธุ์ที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยต้อกระจกในเด็ก เป็นความผิดปกติของเลนส์ที่พบมากที่สุดของเด็ก และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งประมาณร้อยละ 10 ของเด็กที่มีสายตาสั้น โดยพบประมาณ 1: 250 ของทารกแรกเกิด และต้อกระจกที่เกิดขึ้นในเด็กพบได้ถึง 1.2-6 ในเด็ก 10,000 คน ต้อกระจกที่พบตั้งแต่แรกเกิดเรียกว่า “Congenital cataract” ถ้าพบใน 1 ปีแรกเรียกว่า “Infantile cataract” (ปานฉัตร ภัคศรีพันธุ์, 2559)

โรคต้อกระจกเป็นภัยเงียบ หากไม่ตระหนักและดูแลสุขภาพตาอย่างดีอาจทำให้ตาบอดได้ จากการประเมินของ WHO ตามรายงานที่มีการนำเสนอข้อมูล ณ วันที่ 5 ธันวาคม 2557 พบว่าทั่วโลกมีประชากร ตาบอด 39 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาร้อยละ 90 และประชากรร้อยละ 80 เป็นโรคตาบอดซึ่งสามารถป้องกันได้ และหากไม่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไข คาดว่าคนตาบอดจะเพิ่มขึ้นเป็น 76 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 (The International Agency for the Prevention of Blindness, 2020)

บทความนี้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อกระจก ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนการรักษา การพยาบาล ก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ใหญ่และในเด็กทารก การป้องกันหรือลดการเกิดต้อกระจก เพื่อส่งเสริมการมองเห็นที่ดีและลดภาวะตาบอดที่อาจเกิดขึ้น

คำจำกัดความ

ต้อกระจก (Cataract) หมายถึง “ภาวะเลนส์แก้วตาภายในลูกตาเสื่อมลง จนมีลักษณะขุ่นขาว หรือสีเปลี่ยนไปจากปกติที่มีลักษณะโปร่งใสเหมือนกระจก เมื่อแก้วตาขุ่นขาวก็จะมีลักษณะทึบแสง ทำให้บดบังแสงที่จะผ่านเข้าไปในตา แสงจึงส่งผ่านเข้าสู่ลูกตาไปรวมตัวที่จอประสาทตาหรือเรตินาได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดอาการสายตาสายตาฝ้าฟางหรือสายตามัวคล้ายหมอกบัง” ต้อกระจกแบ่งตามตำแหน่งที่เป็นได้ 3 แบบ คือ 1) Nuclear cataract 2) Cortical cataract และ 3) Posterior subcapsular cataract (ฐิติพร รัตนพจนารถ, 2562)

ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) บางครั้งเรียกว่า Age-related cataract เกิดจากภาวะเสื่อมของเลนส์แก้วตาตามวัยหรือจากวัยชรา มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบลักษณะต้อกระจกได้ทั้ง 3 แบบ แต่ส่วนใหญ่เป็นแบบ Posterior subcapsular cataract (ณัฐฐา สกลสัตยาทร, 2558)

ต้อกระจกแต่กำเนิด (Congenital cataract) หมายถึง “ภาวะที่เลนส์แก้วตาขาวขุ่น (Leukocoria) ซึ่งเป็นตั้งแต่แรกเกิด หรือภายในอายุ 3 เดือน อาจพบว่ามีอาการตาสั่น (Nystagmus) ร่วมด้วย ส่วนมากมักเป็นสองข้างพร้อมกัน แต่ถ้าเป็นข้างเดียว ตาข้างที่เป็นมักมีขนาดเล็กกว่าปกติ” (ไรวดี ดุลยวิจิตร, 2542)

สาเหตุ

สาเหตุของโรคต้อกระจกในผู้ใหญ่ แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย ดังนี้ (ณัฐฐา สกลสัตยาทร, 2558)

1. ปัจจัยทั่วไป

1.1 อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด คนอายุมากพบมากกว่าคนที่อายุน้อย

1.2 เพศ ไม่จำกัด แต่ผู้หญิงมีโอกาสเกิด Cortical cataract ได้มากกว่า

1.3 เชื้อชาติ พบ Cortical และ Nuclear cataract ในคนผิวดำมากกว่าผิวขาว

1.4 ภูมิประเทศ พบในประเทศกำลังพัฒนาในเขตร้อนมาก

2. ปัจจัยทางการแพทย์ (Medical)

2.1 โรคเบาหวาน ทำให้เกิดต้อกระจกได้เร็วขึ้น

2.2 ประวัติครอบครัว มักพบมีประวัติโรคต้อกระจกในครอบครัว

2.3 ยา ได้แก่ สเตียรอยด์, ยาขับปัสสาวะ, ยากล่อมประสาท, ยารักษาโรคเกาต์ เป็นต้น ซึ่งจะมีผลมากน้อยต่างกันไป

3. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ได้แก่

3.1 อาหาร มีบางรายงาน พบว่าการได้รับ Riboflavin วิตามินซีและอี และ Carotenoids (ซึ่งทั้งหมดมีฤทธิ์ Antioxidant) สามารถป้องกัน Cortical และ Nuclear cataract ได้

3.2 รังสี จากการศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่าการได้รับรังสีอุตราไวโอเลตขนาดสูงเพียงครั้งเดียว หรือขนาดต่ำๆ หลายๆ ครั้ง ทำให้เกิดต้อกระจกได้

3.3 การสูบบุหรี่ ทำให้เกิด Nuclear cataract สูงขึ้น

4. ปัจจัยอื่นๆ เช่น สายตาสั้น ความดันโลหิตสูง ท้องร่วงอย่างรุนแรง ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ เหล่านี้จะมีผลเมื่อเกิดพร้อมกันหลายๆ อย่าง

สาเหตุของโรคต้อกระจกในทารกแรกเกิด ต้อกระจกในทารกแรกเกิดพบไม่มาก แต่หากเกิดขึ้นแล้วอาจกลายเป็นภาวะที่ผู้ปกครองต้องใส่ใจ เพราะมีผลต่อการมองเห็นของเด็กซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้อกระจกโดยกำเนิดมักตรวจไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน ซึ่งเชื่อว่าเป็นการเจริญที่ผิดปกติของเลนส์ตาระหว่างอยู่ในครรภ์ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากกรรมพันธุ์ โดยพบพ่อหรือแม่ที่เป็นต้อกระจกโดยกำเนิด (ไรวดี ดุลยวิจิตร, 2542) หรือโรคทางกายอื่นๆ

1. มารดาติดเชื้อหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 1

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

3. ภาวะร่างกายขาดเอนไซม์ในการย่อยเปลี่ยนน้ำตาลกลาแลคโตสเป็นน้ำตาลกลูโคส (Galactosemia)

4. ไวรัสเริม

5. โรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อปรสิต (Toxoplasmosis)

6. ไวรัส CMV (Cytomegalovirus)

7. โรคที่เกิดจากโครโมโซมเกิน (trisomy) เช่น โครโมโซมคู่ที่ 21 เกิน (Down syndrome) โครโมโซมคู่ที่ 18 เกิน (Edward) โครโมโซมคู่ที่ 13 เกิน (Patau syndrome) โครโมโซมคู่ที่ 19 ผิดปกติ (Myotonic dystrophy) เป็นต้น

8. ภาวะหลอดเลือดผิดปกติในวุ้นลูกตา (Persistent hyperplastic primary vitreous PHPV) (ณัฐฐา สกลสัตยาทร, 2558)

อาการ

อาการในผู้ใหญ่ ผู้ป่วยจะรู้สึกวุ้นตา ค่อยๆ มัวลงเรื่อยๆ อย่างช้าๆ โดยไม่มีอาการเจ็บปวดหรือตาแดงแต่อย่างใด ในระยะเริ่มแรก จะรู้สึกว่ามีอาการตามัวเหมือนมีหมอกบังมองเห็นในที่มืดชัดกว่าที่สว่าง หรือถูกแสงสว่าง จะรู้สึกวุ้นตามัว สู้แสงไม่ได้ หรือเห็นภาพซ้อน เพราะแก้วตามักจะขุ่นขาวเฉพาะบริเวณตรงกลาง เมื่อมองในที่มืดรูม่านตาจะขยายและเปิดทางให้แสงผ่านเข้าแก้วตาส่วนรอบนอกที่ยังใสอยู่ได้ เป็นปกติ จึงทำให้เห็นภาพได้ชัดในที่มืด แต่ถ้า มองในที่สว่างรูม่านตาจะหดแคบลง จึงทำให้แสงสว่างผ่านเฉพาะแก้วตาบริเวณตรงกลางที่ขุ่นขาว จึงทำให้พร่ามัว ผู้ป่วยบางรายอาจสังเกตว่าการมองเห็นของตนเองนั้นผิดไปจากเดิม เช่น มองเห็นจุดอยู่บริเวณหน้าลูกตา มองเห็นแสงไฟ

เป็นแสงกระจาย อาจมองเห็นภาพเป็นสีเหลือง มองเห็นแสงไฟเป็น 2 ดวงซ้อนกัน หรือมองเห็น พระจันทร์สองดวงหรือหลายดวง แม้จะดูด้วยตาข้างเดียวแต่ก็ยังเห็นภาพซ้อนกัน ทั้งนี้เป็นเพราะ แก้วตาที่ขุ่นมัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการหักเหของแสงไม่เท่ากัน การหักเหของแสงไปที่ ประสาทตาจึงไม่รวมเป็นจุดเดียว ผู้ป่วยอาจ เปลี่ยนแว่นตาบ่อย เพราะการมองเห็นในระยะใกล้ดีขึ้นหรือไม่ต้องใส่แว่นตาเพื่ออ่านหนังสือ ซึ่งในผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือและต้องใช้ แว่นสายตาค่อยเป็นปกติอยู่แล้ว แต่กลับพบว่า สามารถอ่านหนังสือได้โดยไม่ต้องใส่แว่นตา หาก เกิดอาการแบบนี้ คือ อาการเริ่มต้นของการเสื่อมของแก้วตา (โรคต้อกระจกในระยะแรก) พอ แก้วตาเริ่มขุ่นก็จะทำให้การหักเหของแสง เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจึงกลับมาเป็นคนสายตาสั้น เมื่อแก่ (Secondary myopia) ผู้ป่วยที่เป็นมากๆ อาจมีอาการปวดตาหรือปวดศีรษะร่วมด้วยอาการตามัวจะเริ่มเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ กินเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี จนในที่สุดเมื่อแก้วตาขุ่นขาวจนหมด หรือที่เรียกว่า “ต้อสุก” ก็จะมอง ไม่เห็น สำหรับ ในผู้สูงอายุมักจะเป็นต้อกระจกที่ตาทั้ง 2 ข้าง แต่จะสุกไม่พร้อมกัน (ฐิติพร รัตนพจนารถ, 2562)

อาการในทารกแรกเกิด อาการมักไม่ชัดเจน โดยต้อกระจกแต่กำเนิดพบได้ประมาณ 1.2-6 คนต่อ เด็ก 10,000 คน บางครั้งไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ทันทีแต่แรกเกิด ฉะนั้นประวัติครอบครัว และประวัติเกี่ยวกับการฝากครรภ์จึงมีความสำคัญต่อการให้การวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก ต้อกระจกแต่กำเนิดบางชนิดอาจมีขนาดเท่าๆ เดิม ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง แต่บางชนิดมีการดำเนินของโรคมามากขึ้น มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือมี

ความขุ่นมากขึ้น ตามอายุที่มากขึ้น ดังนั้นการติดตามการรักษากับจักษุแพทย์จึงมีความสำคัญ เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ต้อกระจก โดยทั่วไปที่มีขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มิลลิเมตร และอยู่ตรงกลางของเลนส์ตา ซึ่งตรงกับแนวการมองเห็น ถือว่ามีความสำคัญมาก เมื่อเป็นต้อกระจกนานๆ อาจทำให้เกิดภาวะ “ตาขี้เกียจ” (Amblyopia or lazy eye) ได้ (ณัฐฐา สกลสัตยาทร, 2558)

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะต้อกระจกสุก (Mature cataract) และไม่ได้รับการผ่าตัด จะทำให้เกิดตาบอดได้ ในบางรายแก้วตาอาจบวมหรือหลุดลอยไปอุดกั้นทางระบายของเหลวในลูกตา ทำให้เกิดความดันภายในลูกตาสูงขึ้น จนกลายเป็นต้อหินได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดตาอย่างรุนแรงด้วย (ฐิติพร รัตนพจนารถ, 2562; ณัฐฐา สกลสัตยาทร, 2558)

ภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด ต้อกระจกในทารกแรกเกิดที่บดบังการมองเห็น หากพบตั้งแต่แรกคลอด แล้วไม่ได้รับการผ่าตัด โดยเร็วภายใน 2 เดือน อาจทำให้ทารกเกิดความพิการทางสายตาได้ และการผ่าตัดเร็วเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น คือ “ตาขี้เกียจ” (Amblyopia or lazy eye) และ “ตาสั่น” (Sensory nystagmus) ด้วย (ณัฐฐา สกลสัตยาทร, 2558)

การรักษา

การรักษาในผู้ใหญ่ การรักษาโรคต้อกระจกในระยะแรกที่ผู้ป่วยมีการมองเห็นลดลง จากภาวะสายตาสั้น หรือสายตาเอียง สามารถ

รักษาโดยใช้แว่น เพื่อให้การมองเห็นกลับมาเป็นปกติ แต่เมื่อโรคเป็นมากขึ้น จนถึงระยะที่ใส่แว่น ไม่ช่วยให้การมองเห็นกลับมาดีขึ้นได้เหมือนเดิม สามารถรักษาได้โดยการผ่าตัดต้อกระจก คือ การผ่าตัดนำเลนส์ต้อกระจกที่ขุ่นออกไป แล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทน ปัจจุบันการผ่าตัดชนิดนี้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาสูง รวมถึงอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมาก (ฐิติพร รัตนพจนารถ, 2562; ณัฐฐา สกลสัตยาทร, 2558)

การรักษาในทารกแรกเกิด การรักษาหลักคือการผ่าตัด กรณีที่ต้อกระจกนั้นที่พบมาหลายๆ บดบังการมองเห็นหากพบตั้งแต่แรกคลอด แพทย์มักจะพิจารณาผ่าตัดโดยเร็วภายใน 2 เดือน เพื่อป้องกันปัญหาตาขี้เกียจ และตาสั้น หากแพทย์พิจารณาแล้วว่าต้อกระจกนั้นไม่บดบังการมองเห็น คือมีขนาดเล็ก (< 3 มม.) อาจชะลอการผ่าตัดไปก่อนได้ โดยอาจจะหยอดตาขยายม่านตาให้ใหญ่ขึ้น เพื่อช่วยให้แสงเข้าด้านข้างได้ดีขึ้น โดยช่วงแรกๆ ของการหยอดตาอาจมีอาการตัวแดง ตัวร้อน แต่จะค่อยๆ ลดลง จนไม่มีอาการ โดยหยอดวันละ 1 ครั้ง แนะนำให้หยอดก่อนนอน แพทย์จะนัดติดตามอาการ เพื่อดูว่าต้อกระจกนั้นเป็นมากขึ้นหรือไม่เมื่ออายุมากขึ้น ในทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกภายหลังการผ่าตัดแพทย์อาจต้องให้การรักษาต่อเนื่องในแง่ของสายตา ซึ่งอาจมีการวัดสายตา ใส่แว่นหรือใส่คอนแทคเลนส์ หรือปิดตาเพื่อรักษาภาวะตาขี้เกียจ รวมถึงติดตามอาการแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น ต้อหิน ซึ่งผู้ปกครองควรให้ความสำคัญต่อการติดตามการรักษาอย่าง

สม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาการมองเห็นสูงสุด (ละอองศรี อชชนียะสกุล, 2558)

การผ่าตัด

การผ่าตัดต้อกระจกในผู้ใหญ่ที่นิยมมี 3 วิธี คือ (วิภาวี บุรณพงศ์, 2540)

1. การผ่าตัดด้วยวิธีการสลายต้อกระจกโดยคลื่นเสียงความถี่สูงและการใส่แก้วตาเทียม (Phacoemulsification and IOL insertion technique) คือ การสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นวิธีล่าสุดที่ได้รับความนิยมอย่างสูงสุดในปัจจุบัน โดยในปี ค.ศ.1967 เกลแมน (Kelman, 1967) เป็นคนแรกที่ใช้เครื่องมือเพียงอันเดียวในการสลายต้อกระจกโดยคลื่นเสียงความถี่สูงผ่านแผลขนาด 3 มิลลิเมตร และกระดกนิวเคลียส (Lens nucleus) ขึ้นมาสลายในช่วงหน้าม่านตา แต่พบว่าวิธีนี้มีข้อเสียคือ ทำให้เซลล์กระจกตาชั้นในมีความเสียหายและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ต่อมาในช่วงต้นปี ค.ศ. 1970 Sinskey (1978) ได้ใช้เครื่องมือชนิดเดียวกันสลายแก้วตาภายในถุงหุ้มโดยไม่กระดกนิวเคลียสขึ้นมาด้านหน้า และพบว่าความเสียหายต่อเซลล์กระจกตาชั้นในลงอย่างมาก

ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ลิตเติล (Little, 1975) และเครทซ์ (Kratz, 1979) ได้ทำการสลายต้อกระจกโดยใช้เครื่องมือ 2 อัน มือหนึ่งถือเครื่องมือสลายต้อด้วยคลื่นความถี่สูง อีกมือหนึ่งถือ Spatula เพื่อช่วยในการหมุน หั่น แบ่ง แยก และป้อนแก้วตาเข้าสู่เครื่องมือสลายต้อกระจก วิธีการผ่าตัดชนิดนี้เป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย โดยจักษุแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้วิธีการผ่าตัดวิธีนี้ถึงร้อยละ 50 ในปี ค.ศ.1990 เพิ่มขึ้น

เป็นร้อยละ 70 ในปี ค.ศ.1992 และเกือบร้อยละ 100 ในปี ค.ศ. 2000 ส่วนในประเทศไทยเริ่มใช้การผ่าตัดวิธีนี้เมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา การรักษาด้วยวิธีนี้แผลมีขนาดเล็กมาก จึงสมานตัวเป็นปกติได้อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องเย็บแผลและภายหลังการสลายต้อกระจก ผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนในทันทีและใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่ต้องระมัดระวังไม่ให้น้ำเข้าดวงตาหลังการสลายต้อกระจกตามระยะเวลาที่จักษุแพทย์กำหนด พร้อมทำความสะอาดดวงตา รับประทานยา และหยอดยาตามคำแนะนำของจักษุแพทย์อย่างเคร่งครัด (ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์ และวรวัธณ์ หงส์เลิศนภากุล, 2559)

2. การผ่าตัดแบบลอกต้อกระจกจากถุงหุ้ม (Extracapsular cataract extraction; ECCE) คือ การผ่าตัดต้อกระจกโดยเอาแก้วตา (Lens) ออกแบบเหลือถุงหุ้มแก้วตา (Capsular bag) ไว้ด้วยการใช้แรงกดเอานิวเคลียสออกผ่านทางแคปซูลด้านหน้า (Anterior capsule) ที่ถูกเปิดไว้ก่อน ซึ่งการลอกต้อกระจกจากถุงหุ้มนี้ถูกคิดค้นครั้งแรกโดย Daviel ในปี ค.ศ.1745 เรียกว่า Daviel's extracapsular cataract extraction (รัฐ อิทธิพานิชพงษ์ และวรวัธณ์ หงส์เลิศนภากุล, 2559)

ข้อบ่งชี้ของการลอกต้อกระจกจากถุงหุ้ม (ECCE) มีดังนี้ (รัฐ อิทธิพานิชพงษ์ และวรวัธณ์ หงส์เลิศนภากุล, 2559)

2.1 ต้อกระจกที่สุกจนนิวเคลียสแข็งเป็นสีดำหรือสีน้ำตาลเข้ม (Cataracta nigra and brunescens nuclear sclerosis)

2.2 เกิดการฉีกขาดของแคปซูลด้านหลัง (Posterior capsular rupture) ระหว่างการทำ

หัตถการสลายต้อกระจกโดนคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification)

2.3 ในผู้ป่วยที่มีความอ่อนแอของเอ็นแขวนแก้วตา (Zonular weakness)

2.4 ขาดแคลนเครื่องมือสำหรับการทำหัตถการสลายต้อกระจกโดนคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification)

3. การผ่าตัดแบบลอกต้อกระจกทั้งถุงหุ้ม (Intracapsular cataract extraction; ICCE) เป็นการลอกต้อกระจกทั้งถุง คือ การผ่าตัดเอาแก้วตา (Lens) ออกพร้อมกับแคปซูลด้วยในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะแตกต่างจากการลอกต้อกระจกจากถุงหุ้ม (ECCE) ที่เหลือถุงหุ้มแก้วตาไว้

ข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการผ่าตัดแบบลอกต้อกระจกทั้งถุงหุ้ม (ICCE) มีดังนี้ (วรรณกรณ พุกษากร, 2559)

3.1 จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดในระหว่างผ่าตัด จากวิธี ECCE หรือ Phacoemulsification เนื่องจากพบว่าถุงหุ้มแก้วตาเกิดการฉีกขาด เสียหายระหว่างผ่าตัด

3.2 มีความหย่อนของเอ็นแขวนแก้วตา (zonular weakness)

3.3 ตรวจพบต้อกระจกบวมขึ้นหรือสุกมาก

3.4 ในสถานที่ที่ไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือการทำ Phacoemulsification ที่เพียงพอ

การผ่าตัดต้อกระจกในทารกแรกเกิดใช้วิธีวิธีสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Phacoemulsification) แต่ส่วนใหญ่แพทย์จะเลี่ยงการใส่เลนส์ตาเทียม (Intraocular Lens Implantation; IOL) เนื่องจากยังไม่ทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดในระยะยาวและกำลังเลนส์ตาเทียมอาจเปลี่ยนแปลงอย่างมากจากลูกตามีขนาดใหญ่ขึ้นตามวัย นอกจากนี้การใส่เลนส์ตา

เทียมในเด็กเล็กอาจทำให้เกิดการอักเสบภายในลูกตาหลังผ่าตัดได้มากกว่าในผู้ใหญ่ เด็กเหล่านี้จำเป็นต้องใส่แว่นตา หรือเลนส์สัมผัสแทน เมื่อเด็กโตขึ้นอาจพิจารณาผ่าตัด ใส่เลนส์ตาเทียมในภายหลัง ในทารกที่เป็นต้อกระจกโดยกำเนิดส่วนใหญ่จะเป็นพร้อมกัน 2 ข้าง และต้อมักสุกพร้อมกันตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาแล้ว แพทย์จึงจำเป็นต้องผ่าตัดพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันความล่าช้า และป้องกันการเกิดภาวะ ตาขี้เกียจหรือตาสั้น เนื่องจากผู้ป่วยเป็นทารกและการผ่าตัดตา 2 ข้างต้องใช้เวลานานกว่าในผู้ใหญ่ ระหว่างผ่าตัดแพทย์จึงจะให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia under mask) วิธีการนี้ปลอดภัย สะดวก และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหลังให้ยาระงับความรู้สึก (ปานฉัตร ภัทรขพันธ์, 2559; ละอองศรี อัจฉริยะสกุล, 2558)

การพยาบาล

การพยาบาลก่อนทำผ่าตัดในผู้ใหญ่ มีความสำคัญมาก เพราะเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุบางรายไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดมาก่อน หรือบางรายอาจไม่เคยมานอนโรงพยาบาลเลย อาจทำให้คืบก่อนผ่าตัดนอนไม่หลับ ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ พยาบาลแผนกจักษุควรตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ด้วย การพยาบาลและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในผู้ใหญ่ มีดังนี้ (จิรัชยา เจียวัก, สุภาวี หมัดอะด้า และเขมริฐา เข้มมะลวน, 2558; ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์, 2556; ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์ และวรวลัญช์ หงส์เลิศนภาพกุล, 2559)

1. ส่งเสริมให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ในคืนก่อนวันทำผ่าตัด โดยแพทย์อาจให้ยานอนหลับ ในกรณีที่ผู้ป่วยกังวลหรือนอนไม่หลับ เช่น Ativan (0.5 mg) 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน

2. ฝึกหัดนอนราบไม่หนุนหมอน (ถ้าไม่คุ้นเคยอาจอนุญาตให้หนุนผ้าบางๆ ได้)

3. ทดลองนอนคลุ่มโป่งนานประมาณ 30 นาที เพื่อให้เกิดความเคยชินสภาพ เพราะขณะทำผ่าตัดจะมีการคลุ่มผ้าปราศจากเชื้อบริเวณศีรษะและลำตัว เปิดเฉพาะบริเวณตาข้างที่ทำ

4. เตรียมทำความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บสั้น โกนหนวดเครา เพื่อลดโอกาสของการติดเชื้อเข้าสู่แผลผ่าตัด

5. แนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานเป็นประจำมาโรงพยาบาลด้วย เช่น ยาเบาหวาน ยาลดความดันเลือดสูง ยาอมใต้ลิ้นแก้อาการเจ็บแน่นหน้าอก ยาพ่นหอบหืด เป็นต้น

6. งดยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์ ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด (เช่น ยาแอสไพริน)

7. ถอดฟันปลอม เครื่องประดับหรือของมีค่าออก

8. ถ้ามีอาการตาแดง ตาгүйยিং ท้องเสีย หอบหืด ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบทันที

9. เตรียมความพร้อมบริเวณที่จะทำผ่าตัด โดยการล้างหน้าด้วย Hibitane scrub ให้สะอาด แล้วซับหน้าให้แห้งด้วยผ้าสะอาด ล้างตาข้างที่จะผ่าตัดด้วย 0.9% Normal saline 100 ซีซี ปิดตาด้วยผ้าก๊อสน้ำสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

10. งดทาแป้ง หรือเครื่องสำอางทุกชนิด

11. หยอดยาขยายรูม่านตา ทุก 5 นาที เพื่อให้รูม่านตาขยายจนมีขนาด 5 มิลลิเมตร

12. ให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนเข้าทำผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ปวดปัสสาวะ ขณะที่แพทย์ทำผ่าตัด ในกรณีผู้สูงอายุ หรือมีภาวะปัสสาวะเล็ด แนะนำให้ใส่กางเกงอนามัยเข้าห้องผ่าตัดด้วย

13. ถ้ามีอาการไอ หรือจาม เป็นหวัด ต้องบอกให้แพทย์ทราบก่อน เพื่อให้แพทย์พิจารณาเลื่อนการทำผ่าตัด

14. งดน้ำ งดอาหาร อย่างน้อย 6 ชั่วโมง ในกรณีผู้ป่วยคลุ่มโป่งนานไม่ได้ (ดังระบุในข้อ 3) แพทย์จะพิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) แทน

15. วัดสัญญาณชีพ

16. ตรวจสอบชื่อ นามสกุล และยืนยันตาข้างที่จะผ่าตัด

การพยาบาลหลังทำผ่าตัดในผู้ใหญ่
การผ่าตัดในผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีหยอดยาชาเฉพาะที่ (Local anesthesia) เมื่อกลับจากผ่าตัดผู้ป่วยจึงรู้สึกตัวดี และแทบไม่มีอาการปวดเลย หรืออาจปวดเพียงเล็กน้อย การพยาบาลหลังผ่าตัดในผู้ใหญ่ มีดังนี้ (จิรัชยา เจียวกัก, สุภาวิ หมดอะด้า และเขมริฐศา เข้มมะลวน, 2558; ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์, 2556)

1. วัดสัญญาณชีพ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Postoperative care (กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป GA ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ

2. จัดท่านอนตะแคงโดยตะแคงเอาตาข้างที่ทำผ่าตัดไว้ข้างบน ไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด

3. หลังผ่าตัดวันแรกให้ปิดตาไว้ก่อน ยังไม่เปิดตาและไม่ต้องหยอดตา โดยจะเปิดตาในเช้าวันรุ่งขึ้น

4. ถ้ามีอาการปวดหรือเจ็บตา สามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ตามแผนการรักษา

5. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่ควรรับประทานอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย หลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง กรอบ หรืออาหารที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากๆ เพราะจะกระเทือนดวงตาข้างที่ทำผ่าตัด

6. งดทานอาหารที่มีกลิ่นฉุน กลิ่นแรงๆ หรือรสจัด เพราะอาจทำให้น้ำตาไหลหรือมีไอจามแรงๆ ได้

7. ควรรับประทานผัก ผลไม้สด และดื่มน้ำมากๆ เพื่อป้องกันท้องผูก เพราะการเบ่งถ่ายอุจจาระมีผลให้ความดันในลูกตาเพิ่ม

8. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ หลังจำหน่ายไม่ควรยกของหนักหรือทำงานหนักเช่น ขุดดิน โขลกเครื่องแกง

9. ควรงดการทำอาหารหรือกวาดบ้าน เพราะควันหรือฝุ่นอาจฟุ้งกระจายเข้าตา ห้ามขยี้ตา

10. ระมัดระวังน้ำเข้าตา แนะนำให้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า การแปรงฟันควรแปรงเบาๆ ไม่ก้มหน้าหรือสะบัดหน้าแรง

11. อาบน้ำ แนะนำการใช้ฝักบัวชนิดมือจับ ไม่ใช่ฝักบัวชนิดติดผนัง เพราะน้ำอาจฟุ้งกระจายเข้าตาได้

12. ถ้าต้องการสระผมให้นอนหงายหรือนำให้ผู้อื่นสระให้

13. ไม่ควรเล่นกับเด็ก หรือสัตว์เลี้ยง เพราะเด็กอาจยกมือตบลงบริเวณตาข้างที่ทำผ่าตัดได้

14. ให้ครอบตาด้วย Eye shield ไว้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันแผลเอามือขยี้ตา ในตอนกลางวันอาจใส่แว่นตาดำเป็นการช่วยลดแสงแดดจ้าได้

15. เช็ดทำความสะอาดตาด้วย Normal saline อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง อย่างเบามือ และห้ามใช้แรงกดรอบดวงตา ควรปฏิบัติตามขั้นตอนที่พยาบาลแนะนำ ถ้าไม่แน่ใจให้สอบถามกับพยาบาล

16. หยอดตา ป้ายตา รับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ อย่าหยุดยาเอง ก่อนหยุดยาควรปรึกษาแพทย์

17. มาพบแพทย์ตามนัด แพทย์จะเปิดตาเพื่อทดสอบการมองเห็นของผู้ป่วย

การพยาบาลก่อนทำผ่าตัดในทารก

การพยาบาลและการเตรียมทารกก่อนผ่าตัด อาจมีบางประเด็นที่แตกต่างจากการเตรียมผ่าตัดในผู้ใหญ่ โดยมีหลักเกณฑ์ในการเตรียมดังนี้ (ปานฉัตร ภัทรชพันธ์, 2559)

1. งดน้ำ งดอาหาร อย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด เพราะในทารกแพทย์ต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia under mask)

2. อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายให้สะอาด งดทาแป้งทุกชนิด

3. วัดสัญญาณชีพ

การพยาบาลหลังทำผ่าตัดในทารก

การพยาบาลหลังผ่าตัดในทารกมีความสำคัญมาก เพราะทารกต้องได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยมีหลักเกณฑ์ในการดูแลดังนี้ (ปานฉัตร ภัทรชพันธ์, 2559)

1. วัดสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง อาจให้บิดา มารดา เข้าเยี่ยมระหว่างพักฟื้นเพื่อลดความเครียดของเด็กและความไม่คุ้นเคยลง

2. สังเกตการหายใจ และภาวะ Apnea อย่างใกล้ชิด เนื่องจากทารกมีน้ำหนักตัวน้อยการได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia under mask) อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จึงต้องเตรียมการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เช่น อุปกรณ์ช่วยชีวิตและอื่นๆ

3. หลังผ่าตัดถ้าเด็กตื่นดี สามารถให้กินนมได้

4. ปิด Eye pad ครอบตาด้วย Eye shield ไว้ตลอดเวลาเพื่อป้องกันเด็กเอามือขยี้ตา

5. ระมัดระวังน้ำเข้าตา แนะนำให้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า

6. หยอดตา ป้ายตา รับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์

7. แนะนำบิดา มารดา ผู้ดูแล ให้พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แพทย์จะเปิดตาเพื่อทดสอบการมองเห็นของผู้ป่วย และแพทย์จะนัดมาตรวจซ้ำเพื่อเฝ้าระวังภาวะต้อหิน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยเด็กที่เป็นต้อกระจกโดยกำเนิด

การป้องกัน

ปัจจุบัน คนมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น บวกกับวิถีชีวิตประจำวันของคน ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มวัยเรียน วัยทำงาน หรือผู้สูงอายุ มีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและอยู่กับหน้าจอคอมพิวเตอร์และจอมือถือมากขึ้น การป้องกันการเกิดต้อกระจกจึงเป็นสิ่งจำเป็น เช่น ดูแลสุขภาพและตรวจสายตาอย่างสม่ำเสมอ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดบุหรี่ รวมทั้งถนอมดวงตาจากแสงอาทิตย์ และรังสีจากอุปกรณ์เทคโนโลยีที่

กล่าวมา เพื่อลดปัญหาสายตาเสื่อมก่อนวัย ป้องกันหรือชะลอการเกิดต้อกระจก

โดยทั่วไป หลักการป้องกันต้อกระจกในผู้ใหญ่และในทารกแรกเกิด มีดังนี้

1. วิธีป้องกันต้อกระจกในผู้ใหญ่ สามารถทำได้โดยการป้องกันที่สาเหตุของโรค (ฐิติพรรัตน์พจนารณ, 2562) ดังนี้

1.1 หลีกเลี่ยงการใช้ยาากลุ่มสเตียรอยด์โดยไม่ใช้อย่างระมัดระวังตัวเอง ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับดวงตา ควรปรึกษาจักษุแพทย์

1.2 ป้องกันอุบัติเหตุที่ดวงตา ได้แก่ การใส่แว่นป้องกันดวงตา ในกรณีที่ทำกิจกรรมหรือทำงานที่มีความเสี่ยงในการเกิดการกระทบกระเทือนดวงตา

1.3 ใส่แว่นกันแดด เพื่อป้องกันแสงยูวี เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศเมืองร้อน

1.4 หากมีโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้ปกติ เพื่อไม่ให้เกิดโรคต้อกระจกเร็วกว่าวัยอันควร

1.5 เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ควรมาตรวจตาเพื่อค้นหาโรคอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. วิธีป้องกันต้อกระจกในทารกแรกเกิด สามารถทำได้ (นริศ กิจณรงค์, 2558) ดังนี้

2.1 สตรีก่อนแต่งงานหรือก่อนเริ่มต้นชีวิตคู่ควรไปตรวจสุขภาพก่อนสมรส เพื่อค้นหาโรคทางพันธุกรรมหรือโรคทางกายอื่นๆ โรคทางพันธุกรรมที่สำคัญ ได้แก่ โรคที่เกิดจากโครโมโซมเกิน (Trisomy) เช่น โครโมโซมคู่ที่ 21 เกิน (Down syndrome) เป็นต้น หรือหากตั้งครรภ์อาจใช้วิธีเจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อตรวจหาโครโมโซมที่ผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์

2.2 ฉีดวัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน เพื่อเป็นการป้องกันภาวะบุตรเป็นต้อกระจกโดยกำเนิด

2.3 หญิงตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงการซื้อ ยากินเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์

2.4 ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ระวังการติดเชื้อโรคต่างๆ เช่น โรคทอกโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อปรสิต หัดเยอรมัน Cytomegalovirus (โรคไวรัส CMV) ไวรัสเริม ซึ่งอาจส่งผลให้บุตรในครรภ์เกิดความพิการได้

โดยรวมการป้องกันที่ดีจะช่วยลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อกระจก หรือภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ การเฝ้าระวังและดูแล สุขภาพตาก็มีความสำคัญ เช่น ในทารกหรือ เด็กเล็ก ถ้าไม่สามารถมองและจ้องวัตถุได้ หลังจากอายุ 3 เดือนไปแล้ว ผู้ดูแลต้องสงสัยว่า เด็กมีปัญหาในการมองเห็น ควรส่งพบจักษุแพทย์ เพื่อตรวจเพิ่มเติมต่อไป ในผู้ใหญ่อาจพบอาการ เริ่มแรกของโรคต้อกระจก เช่น สายตาค่อยๆ มัว

ลง หรือบางรายอาจมีสายตาสั้นขึ้นเรื่อยๆ เปลี่ยน แว่นบ่อย หรือมีอาการปวดตาอย่างรุนแรง ควร รีบมารับการตรวจรักษาโดยเร็วเช่นกัน เพื่อ ป้องกันความพิการจากภาวะตาบอดที่อาจเกิดขึ้น

สรุป

โรคต้อกระจกในผู้ใหญ่และต้อกระจก โดยกำเนิดในทารกแรกเกิดมีความสำคัญมาก ถ้า ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า หรือวินิจฉัยโรคได้ช้าใน ทารกแรกเกิด อาจทำให้เกิดการสูญเสียการ มองเห็นได้ พยาบาลจักษุมีบทบาทสำคัญในการ ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อกระจก โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดเพื่อช่วยให้สามารถ วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น รวมทั้งการติดตามปัญหา การมองเห็นจากโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทันเวลา ป้องกันการเกิด ภาวะตาบอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยมิ การวางแผนการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งก่อน และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมี คุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- จิรัชยา เจียวกิก, สุภาวี หมดอด้า และ เขมรัฐศา เข้มมะลวน. (2558). ความรู้ความสามารถของ ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก. *วารสารหาตใหญ่วิชาการ โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 13(1), 35-45.
- ฐิติพร รัตนพจนารถ. (2562). *Cataract: Basic Ophthalmology*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า.
- ณัฐรา สกลสัตยาทร. (2558). *โรคของเลนส์ตา: ความรู้พื้นฐานทางจักษุวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โครงการ ตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไธวดี ดุลยวิจิตร. (2542). *เด็กพิการทางสายตา: การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ- มหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ธนารรณ ศรีกุลวงศ์. (2556). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต้อกระจกวัยผู้ใหญ่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นริศ กิจณรงค์. (2558). เวชศาสตร์ป้องกันทางจักษุวิทยา: ความรู้พื้นฐานทางจักษุวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธ์ และวรวลัญช์ หงษ์เลิศนภากุล. (2559). หัตถการสลายต้อกระจกโดยคลื่นเสียงความถี่สูงและการใส่แก้วตาเทียม: Fundamentals of Cataract Surgery. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานฉัตร ภัครัชพันธุ์. (2559). การผ่าตัดต้อกระจกในเด็ก: Fundamentals of Cataract Surgery. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทนี สามเสน. (2540). เลนส์แก้วตา: จักษุวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฮลิสติกพับลิชชิงการพิมพ์.
- รัฐ อธิพานิชพงศ์ และวรวลัญช์ หงษ์เลิศนภากุล. (2559). การลอกต้อกระจกจากถุงหุ้ม: Fundamentals of Cataract Surgery. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ละอองศรี อัชชนิยะสกุล. (2558). โรคตาในเด็ก: ความรู้พื้นฐานทางจักษุวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณกรณ์ พฤชากร. (2559). การลอกต้อกระจกทั้งถุงหุ้ม: Fundamentals of Cataract Surgery. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวี บุรณพงศ์. (2540). การผ่าตัดตา: จักษุวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฮลิสติกพับลิชชิงการพิมพ์.
- Kelman C.D. (1967). Phaco-emulsification and aspiration. A new technique of cataract removal. A preliminary report. *Journal of Ophthalmology*, 64, 23-35.
- Kratz R.P, Colvard D.M., & Kelman, C.D. (1979). Phacoemulsification in the posterior chamber. *Ophthalmology*, 86, 83-84
- Little JH. (1975). *Outline of phacoemulsification for the ophthalmic surgeon*. (2nd ed.) Oklahoma City: Samco Color Press.
- Sinsky R.M., & Cain, W. Jr. (1978). The posterior capsule and phacoemulsification. *American Intra-Ocular Implant Society*, 4, 206-207.
- The International Agency for the Prevention of Blindness (2020). *Cataract: The condition responsible for 48% of world blindness*. Retrieved 30 June 2020 from <https://www.iapb.org/knowledge/what-is-avoidable-blindness/cataract/>

บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเพิ่มอุณหภูมิกาย สำหรับผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึก

สุปราณี แดงวงษ์*, กุลิสรา เพื่องมะนะกุล**

บทคัดย่อ

ภาวะอุณหภูมิกายต่ำเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะหนาวสั่น และอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีแนวทางการป้องกันและจัดการอย่างเหมาะสม บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ใช้ในการอบอุ่นร่างกาย ชื่อ “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน” ซึ่งนำมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึก นวัตกรรมนี้พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยบูรณาการ การจัดการความรู้ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถนำนวัตกรรมดังกล่าวไปใช้ในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัด

คำสำคัญ : ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ, บทบาทพยาบาล, นวัตกรรมทางการแพทย์, ผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึก

The Nurse's Role in Applying Nursing Innovation to Increase Body Temperature in Patients after Receiving Anesthesia

Supranee Tangwong*, Kulitsara Fuangmanakul**

Abstract

Hypothermia commonly occurs in patients undergoing surgery and receiving general anesthesia, which may result in various complications such as shivering and may be dangerous to occur in cardiac arrest. Therefore, nurses should have appropriate interventions for hypothermia prevention and management. The nursing innovation of "Warm blankets combined with hot air blowers" was developed for caring patients undergoing surgery and receiving general anesthesia. This innovation was developed from evidence-based practice, integrating knowledge management and systematic reviews related to prevention and management of hypothermia. Consequently, nurses can apply this innovation for hypothermia prevention, better comfort, complication prevention, so as to demonstrate the quality of nursing care in the operating room.

Keywords: Hypothermia, Nurse's role, Nursing innovation, Patients following received anesthesia

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

** Registered Nurse, Anesthesia Nurse, Sampran Hospital, Nakhon Pathom Province

Corresponding author, e-mail: supraneet2512@gmail.com, Tel. 089-1769561

Received: 1 July 2020,

Revised: 20 October 2020,

Accepted: 5 November 2020

บทนำ

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) คือ ภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส (Guideline for positioning the patient, 2018) เป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจก่อให้เกิดความรุนแรงถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นได้ และยังทำให้เกิดความไม่สุขสบายอย่างยิ่ง วิทยาลัยพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้น (Post Anesthesia Care Unit : PACU) เนื่องจากการได้รับยาระงับความรู้สึกมีผลต่อการลดและเพิ่มอุณหภูมิร่างกาย ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยจะสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนัง และจากการขยายตัวของหลอดเลือดมากกว่า ความร้อนที่ร่างกายสร้างขึ้น (จิราภรณ์ ไสยบริสุทธิ ปาริตะ บิลล่าเต๊ะ และจิราภา ไชยบุญดิษฐ์, 2562) เพราะยาระงับความรู้สึกมีผลทำให้การทำงานของศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ร่างกายลดอัตราการเผาผลาญ ลดการตอบสนองต่ออุณหภูมิแวดล้อมภายนอก ร่างกายการป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลและทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เกิดความปลอดภัย และมีความสุขสบายมากขึ้น บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับนวัตกรรมทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์การดูแลจากการจัดการความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์ นำไปสู่การปฏิบัติพยาบาลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการอบอุ่นร่างกายของผู้ป่วย

การเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหลังการผ่าตัด

อุณหภูมิร่างกายเป็นหนึ่งในสัญญาณชีพที่สำคัญที่บ่งบอกสภาวะสมดุลของร่างกาย อย่างไรก็ตามภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำอาจเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด แบ่งภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำออกเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเล็กน้อย (Mild hypothermia) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำปานกลาง (Moderate hypothermia) และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำรุนแรง (Severe hypothermia) มีรายละเอียดต่อไปนี้ (Polderman, 2009)

1. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเล็กน้อย (Mild hypothermia) มีอุณหภูมิอยู่ในช่วง 34-35.9 องศาเซลเซียส โดยพบว่าผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น รู้สึกอ่อนเพลีย คลื่นไส้ หายใจถี่ มีอาการมึนงง มีปัญหาในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

2. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำปานกลาง (Moderate hypothermia) มีอุณหภูมิอยู่ในช่วง 32-33.9 องศาเซลเซียส พบอาการดังนี้ คือ ร่างกายสั่นและสั่นเพิ่มมากขึ้นจนควบคุมไม่ได้ (Shivering) ขยับตัวได้ช้า เชื่องซึม สับสนทิศทาง พูดไม่ชัด ทรงตัวได้ไม่ดี ล้มบ่อย ควบคุมการใช้งานของมือไม่ได้ ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้

3. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำรุนแรง (Severe hypothermia) มีอุณหภูมิต่ำกว่า 32 องศาเซลเซียส ร่างกายเริ่มเข้าสู่ภาวะวิกฤติและไม่สามารถสร้างความร้อนคืนมาได้ด้วยตัวเองอีก กล้ามเนื้อหัวใจจะทำงานผิดปกติ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจนอุณหภูมิร่างกายต่ำเหลือประมาณ 25 องศาเซลเซียส ระบบต่างๆ ของร่างกายจะล้มเหลวและจะเสียชีวิตในที่สุด ลักษณะอาการในกลุ่มนี้ที่ถือว่าอยู่ในระดับอาการรุนแรงแล้ว ได้แก่

ร่างกายหยุดสั่น กล้ามเนื้อแข็งทื่อ ควบคุมและขยับร่างกายไม่ได้ สับสน ความจำลบเลือน หรือหมดสติ ผิวน้ำเหลือง เนื่องจากไม่มีเลือดไปหล่อเลี้ยง ซีพจรร้อน ช้ำ และไม่เป็นจังหวะ หายใจตื้นและช้าลง เกิดภาวะโคม่าและผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

อุณหภูมิในห้องผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งการลดลงของอุณหภูมิร่างกายจะเพิ่มมากขึ้นถ้าอุณหภูมิห้องผ่าตัดต่ำกว่า 24 องศาเซลเซียส (อยู่ยง อนันตโชติ, 2553) อุณหภูมิร่างกายอาจลดต่ำถึง 33-34 องศาเซลเซียส หรือประมาณ 2-3 องศาเซลเซียสจากปกติ สาเหตุที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อุณหภูมิของห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ 20-22 องศาเซลเซียส (ฐิติมา จานงเลิศ และคณะ, 2556) ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำที่มีความเย็นกว่าอุณหภูมิร่างกายเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีการระเหย ของน้ำและความร้อนจากอวัยวะภายในช่องท้องระหว่างการทำการผ่าตัด รวมถึงก๊าซที่ใช้ช่วยหายใจขณะสลบ ซึ่งเป็นก๊าซแห้งไม่มีความชื้น ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการที่มีอุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง คือ ทำให้ร่างกายเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เพิ่มการต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น (อรลักษณ์ รอดอนันต์และปองขวัญ จินาวรรณ, 2555) ยาต่างๆ ถูกทำลายช้า ดังนั้นฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกจะนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบช้า ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นในระยะฟื้นจากยาสลบ ทำให้ร่างกายเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจอยู่ก่อน (สุวรรณี สุเรศณีนวศ์ และคณะ, 2552) เมื่อผู้ป่วยฟื้นจากการระงับความรู้สึกจะ

เกิดอาการหนาวสั่นเพื่อผลิตความร้อนทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 200 ของความต้องการปกติ จึงอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนหัวใจล้มเหลวได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคหัวใจและโรคปอดอยู่เดิม (สุวรรณี สุเรศณีนวศ์ และคณะ, 2552)

นอกจากนี้การผ่าตัดที่ต้องเปิดช่องท้องหรือช่องอกเป็นเวลานานและผู้ป่วยเสียเลือดมาก ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดต่ำลงได้ ตั้งแต่ในระยะผ่าตัดซึ่งอาจลดลงเรื่อยๆ จนถึงระยะอันตราย เช่น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Premature ventricular contraction: PVC) เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Ventricular tachycardia : VT) เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัวเป็นลิ่ม เกิดความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรือมีการกระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องทั่วร่างกาย (Disseminated intravascular clotting : DIC) และอาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Ventricular fibrillation: VF) หรือเสียชีวิตได้ (อังกาบ ปราการรัตน์, 2548) จากข้อมูลปี ค.ศ. 2003 ประเทศอังกฤษและเวลส์ มีผู้เสียชีวิต 21,500 ราย จากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำซึ่งเป็นสาเหตุหลัก มักมีความสัมพันธ์กับโรคและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย (Help the Aged, 2004) จากการวิจัยของเคียดแคส พุกโลพุกโลล พาพาฮัทซี และซูลีสเลส (Kiekkas, Poulopoulou, Papahutzi, & Souleles, 2005) พบว่าสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ร้อยละ 60-90 และพบได้มากในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในห้องผ่าตัดโดยพบถึงร้อยละ 50

(Bhattacharya, Bhattacharya, Jain, & Agarwal, 2003)

ในประเทศไทยจากการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยในการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำหลังการผ่าตัดโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ร้อยละ 17 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำส่งผลให้เกิดปัญหาหลังผ่าตัดได้ เช่น การเกิดภาวะหนาวสั่นทำให้ความต้องการออกซิเจนของเนื้อเยื่อในร่างกายเพิ่มขึ้น มีผลเพิ่มอัตราการหายใจและอาจเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้ มีการเพิ่มสารสื่อประสาททำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ และยังเพิ่มอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (ชนิดา อนุวัธนวิทย์, 2555) ที่ผ่านมาวิสัญญีพยาบาลและทีมผ่าตัดมีแนวทางการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหลากหลายวิธี เช่น การใช้ผ้าห่อหรือผ้าห่มอุ่นหุ้มร่างกายผู้ป่วย การใช้ผ้าห่มไฟฟ้า การใช้ Force air warmer การใช้อุปกรณ์ทำความชื้น (Humidifier) ในวงจรให้ยาสลบ การห่อหุ้มอวัยวะในช่องท้องด้วยถุงพลาสติก การใช้สารน้ำอุ่นในการชะล้าง (Irrigate) บริเวณที่ทำผ่าตัด การให้สารน้ำและสารประกอบเลือดที่อุ่นเข้าทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นในห้องผ่าตัดให้เหมาะสม (อรลักษณ์ รอดอนันต์และปองขวัญ จินาวรณ, 2555) โดยมีการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่ให้ต่ำเกินไปอย่างต่อเนื่องเพื่อความสะดวกสบายและปลอดภัยของผู้ป่วย

นวัตกรรมทางการแพทย์

นวัตกรรม หมายถึง กระบวนการพัฒนาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิธีการปฏิบัติ เทคโนโลยี หรือ

รูปแบบการทำงาน ซึ่งทำให้ได้เครื่องมือในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สิ่งประดิษฐ์คิดค้น (Material/ device resources) กิจกรรม (Activities) การปฏิบัติ หรือกระบวนการ (Process) หรือแนวทางในการทำงานสำหรับบุคลากรและ/หรือองค์กร โดยนวัตกรรมอาจเป็นสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อนหรือเป็นการปรับปรุงจากสิ่งที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้น การจำแนกรูปแบบนวัตกรรมแบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ นวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ (Product innovation) กระบวนการ (Process innovation) และบริการ (Service innovation) (Smith, 2006) ซึ่งมีการนำมาใช้ในการพัฒนางานด้านต่างๆ ทั้งในด้านธุรกิจ การเรียนการสอน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลผลิตใหม่ๆ และผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ในระบบบริการพยาบาล พบว่าปัจจุบันผู้ใช้บริการมีความคาดหวังมากขึ้นต่อระบบบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมถึงการนำเทคโนโลยีต่างๆ ทางแพทย์และการสาธารณสุขมาใช้ ทำให้พยาบาลต้องมีการปรับปรุงแนวทางการบริการที่เหมาะสมมากขึ้น นำไปสู่การพัฒนาความรู้และปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความทันสมัยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การแข่งขันทางเศรษฐกิจและรายจ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นสวนทางกับรายได้และเศรษฐกิจของผู้รับบริการที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้โรงพยาบาลต้องควบคุมค่าใช้จ่ายและต้นทุนในการดูแลผู้รับบริการ การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ กลายเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการให้เกิดมาตรฐานและสร้างความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงานจากการพัฒนาอย่างคุ้มค่า (วิณา จีระแพทย์, 2554)

โดยทั่วไป มาตรฐานวิชาชีพพยาบาลครอบคลุม 4 มิติของการพยาบาล คือ การส่งเสริม การป้องกันการดูแลรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากการบริการพยาบาลเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานตลอดจนระบบบริการพยาบาล กระบวนการบริหารงานพยาบาลหรือการจัดการองค์การสหภาพพยาบาล จึงเน้นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัย มีการลดและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น บรรเทาความไม่สุขสบาย และเกิดความพึงพอใจ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) นอกจากนี้ส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ 1) นวัตกรรมผลผลิต เช่น ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีใหม่ๆ สิ่งประดิษฐ์ เป็นต้น 2) นวัตกรรมกระบวนการเน้นการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการวางแผนหรือการบริหารจัดการทางการพยาบาล และ 3) นวัตกรรมบริการ เช่น การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกแบบ One stop service การสร้างเครือข่ายบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

ดังนั้นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลที่มีต่อวิชาชีพการพยาบาลซึ่งมีดังนี้ (วีณา จีระแพทย์, 2554)

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล โดยลดปัจจัยเสี่ยงหรือจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัย และพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. เพื่อสร้างความรู้ใหม่ในการให้บริการพยาบาล ระบบบริการพยาบาล หรือระบบสุขภาพ

3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายหรือลดการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อแก้ปัญหางบประมาณ กำลังคน ภาระงานการบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

4. เพื่อประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

5. เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับวิชาชีพพยาบาล

ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล

การออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาลควรคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติ และองค์กรในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพ (Efficiency) โดยใช้แนวทางการพัฒนาจากหลักฐานทางวิชาการ ที่สนับสนุนการอธิบายเหตุผลว่านวัตกรรมทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ 2) ความปลอดภัย (Safety) โดยพิจารณาประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ใช้งาน 3) การใช้ทรัพยากร (Resource) ที่ลดลงเมื่อนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นทั้งในด้านเงิน เวลา บุคลากร และ 4) ความสามารถในการถ่ายโอนสู่การนำไปใช้ (Usability and transferability) ในด้านเป้าหมายของนวัตกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับคุณค่า (Value) ขององค์กรและบุคลากรที่ต้องนำไปปฏิบัติ รวมทั้งการมีส่วนร่วมสนับสนุนความสำเร็จของพันธกิจและกิจกรรมการดำเนินงานขององค์กร

ทั้งนี้มีการกำหนดขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล โดยวีณา จีระแพทย์ (2554) ไว้ดังนี้

1. มองเห็นปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล และ/หรือ บริหารจัดการงานบริการพยาบาลที่มีอยู่เดิม

2. ประเมินความต้องการนวัตกรรม (Need analysis) โดยประเมินสภาพปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน

3. สร้างแนวร่วมและทีมงาน จากการพูดคุยบอกต่อ เพื่อคนหาคนที่มีความสนใจเหมือนกัน ร่วมงานกันโดยอาจขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

4. กำหนดประเด็น/หัวข้อที่ต้องการพัฒนานวัตกรรมใหม่ให้มีความเฉพาะ เจาะจง ไม่ศึกษาหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน

5. ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนใจ

6. สังเคราะห์ข้อความรู้ที่ได้จากวรรณกรรมที่มีคุณภาพ เพื่อนำมาบูรณาการในการวางแผนและการออกแบบนวัตกรรมทางการแพทย์

7. ออกแบบนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติพยาบาล หรือการบริหารจัดการให้ดีขึ้น

8. กำหนดวิธีวัด (Measurement) หรือประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม

9. กำหนดรายละเอียดของวิธีการใช้นวัตกรรมในคลินิก หรือในการทดลอง

10. ทดลองใช้นวัตกรรมในหน่วยงาน/องค์กรเป้าหมาย ตามแผนที่วางไว้

11. ประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ผลต่อผู้ป่วย และค่าใช้จ่าย

12. บันทึกโดยสรุปผลพร้อมแหล่งอ้างอิงที่ใช้ในการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ และการอภิปรายผลลัพธ์ของนวัตกรรม

13. เผยแพร่นวัตกรรมไปใช้จริง ถือเป็นความสำเร็จขั้นสูงสุดของการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์

การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์จากหลักฐานเชิงประจักษ์

การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice : EBP) เป็นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์/รายงานการวิจัยที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือมาปรับและประยุกต์ใช้ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก เพื่อมุ่งหวังผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ดี โดยยึดหลักการสำคัญ 4 ประการ คือ 1) สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทในการดูแลผู้รับบริการ (Situation) 2) ปรับปรุงและพัฒนาจากสิ่งเดิมเพื่อให้สะดวกและเหมาะสมกับการใช้ (Modified) 3) ใช้ศาสตร์และความรู้ของวิชาชีพพยาบาล (Nurse) และ 4) ความคิดสร้างสรรค์และมุ่งผลลัพธ์เชิงคลินิกที่ดี (Creative & Clinical outcome) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การค้นหาปัญหาทางคลินิก ค้นหาได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ 1) จากตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติงานทั้งจากด้านพยาบาลผู้ให้การดูแลด้านผู้ป่วย และด้านระบบการดูแล ค้นหาปัญหาโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล และ 2) จากตัวกระตุ้นจากองค์ความรู้ ค้นหาจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา บทความ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องโดย 1) ตั้งคำถามตามหลัก PICOT Framework ได้แก่ P (Population), I (Intervention or issue of

interest), C (Comparison), O (Outcome) และ I (time) เพื่อกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น 2) สืบค้นหลักฐานทั้งบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ได้รับการตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทย และจากวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา 3) ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 4) สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

3. การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์

4. การนำนวัตกรรมไปทดลองใช้

การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในครั้งนี้ ทีมพัฒนานวัตกรรมประกอบด้วยวิสัญญีพยาบาล ได้มองเห็นปัญหาภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและระงับความรู้สึกที่ยังคงเกิดขึ้น ทำให้วิสัญญีพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น (PACU) ได้ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการจัดการความรู้กับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องพักฟื้น มาปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งศึกษาข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา เช่น การสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลแนวปฏิบัติ (Guideline) ได้แก่ Joanna Briggs Institute จาก <https://joannabriggs.org/National Guideline Clearinghouse> และจาก <https://www.ahrq.gov/gam/index.html> การสืบค้นจากข้อมูลที่ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic review) และงานวิจัยเดี่ยว

ได้แก่ CINAHL, Pub Med, Med line รวมทั้งการสืบค้นจากงานวิทยานิพนธ์ของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย ผลลัพธ์การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ได้จำนวน 5 เรื่อง ที่สอดคล้องกับบริบทของปัญหานี้ จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาคิดค้นและหาวิธีการเพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึกที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ หรือในบางรายที่มีอาการหนาวสั่น (Shivering) ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ชื่อ “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน” เพื่อเพิ่มอุณหภูมิร่างกายให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยมีการออกแบบผลิตภัณฑ์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับเครื่องมืออบอุ่นร่างกายที่ใช้ อยู่เดิม และวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

การประยุกต์ใช้นวัตกรรมทางการแพทย์ “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน”

การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน” มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาอุณหภูมิร่างกายที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ภายหลังได้รับนวัตกรรมผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน
2. เพื่อนำวัสดุเหลือใช้มาผลิตนวัตกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย
3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์เพิ่มอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งมีราคาแพง
4. เพื่อส่งเสริมความสบายให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

การออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน” มีการพัฒนาตามขั้นตอนพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล 13 ขั้นตอน ของวิมา จีระแพทย์ (2554) ดังกล่าวข้างต้น สำหรับ “ผ้าห่มอบอุ่น” เป็นการนำผ้า Steri-drape ที่ใช้ในการคลุมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดบางประเภทซึ่งเป็นผ้าที่ใช้แล้ว โดยไม่มีการนำกลับมาใช้อีก (Disposable) เมื่อใช้เสร็จแล้วจึงนำมาซักล้างให้สะอาด หลังจากนั้นนำมาตัดเย็บเป็นผืนผ้าห่มมีลักษณะเป็นลอนลูกฟูก มีช่องทางให้ลมไหลผ่านได้ตลอดทั่วถึงกันทั้งผืนผ้าห่ม และด้านที่สัมผัสกับร่างกายผู้ป่วยจะเจาะเป็นรู เพื่อให้ลมผ่านออกมาสัมผัสกับร่างกายได้ ผืนผ้าห่มที่นำมาตัดเย็บมีขนาดความกว้าง 1.5 เมตร และความยาว 2 เมตรสามารถใช้ห่มได้ตลอดทั้งตัว โดยมีเครื่องเป่าลม (Force air warmer) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการเป่าลมเข้าผืนผ้าห่ม ซึ่งลมที่เป่าออกมาสามารถเลือกระดับของอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 32-46 องศาเซลเซียส นำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก รายละเอียดของการพัฒนาและประยุกต์ใช้ “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน” มีดังนี้

1. นำผ้า Steri-drape ซึ่งเป็นผ้า Sterile ที่ใช้คลุมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดบางประเภท เช่น ผ่าตัดข้อเข่า ผ่าตัดช่องท้อง เป็นต้น มาซักล้างให้สะอาด

2. นำผ้า Steri-drape ที่ซักล้างจนสะอาดแล้วมาตัดเย็บเป็นผืนผ้าห่มโดยเย็บเป็นช่องและทุกช่องมีทางผ่านทะลุถึงกันเพื่อให้ลมจากเครื่อง Force air warmer ผ่านได้ตลอดทั่วถึงกันทั้งผืน และด้านที่สัมผัสกับผู้ป่วยจะเจาะเป็นรูเพื่อให้มีการระบายลมออกสู่ภายนอกผืนผ้าห่มได้

3. นำนวัตกรรมผ้าห่มอบอุ่นมาทดลอง โดยการเป่าลมด้วยเครื่อง Force air warmer แล้วทำการวัดอุณหภูมิภายนอกผ้าห่มอบอุ่นเปรียบเทียบกับผ้าห่มที่มีอยู่เดิมโดยการจัดซื้อมาพบว่าอุณหภูมิเพิ่มขึ้นที่เวลา 15, 30, 45 และ 60 นาทีใกล้เคียงกัน

4. นำนวัตกรรมผ้าห่มอบอุ่นมาทดลองใช้กับบุคลากรจำนวน 5 คน ก่อนที่จะนำมาใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

5. เมื่อสูติแพทย์สั่งผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง วิสัญญีพยาบาลจะทำการเย็บประเมนสภาพร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ก่อน เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึก และแจ้งเกี่ยวกับการนำ “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน” มาใช้เพื่อช่วยอบอุ่นร่างกายหลังผ่าตัด

6. หลังจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกเรียบร้อยแล้วย้ายเข้าห้องพักฟื้น (PACU) เพื่อดูแลและเฝ้าระวัง ภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

7. แรกรับในห้องพักฟื้นมารดาหลังผ่าตัดทุกรายจะได้รับการวัดอุณหภูมิร่างกายทางรักแร้ ซึ่งในรายที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จะได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรมผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน

8. เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้รับการบำบัดทางการพยาบาล ผ่านไปที่เวลา 15, 30, 45 และ 60 นาที จะได้รับการวัดอุณหภูมิร่างกายทางรักแร้ด้วยอุปกรณ์วัดอุณหภูมิร่างกายแบบดิจิทัล (ได้รับการสอบเทียบมาตรฐานปีละครั้ง) พร้อมกับบันทึกอุณหภูมิร่างกายและความแตกต่างของอุณหภูมิร่างกายที่เพิ่มขึ้นในแต่ละช่วงเวลาที่กำหนดไว้

9. บันทึกอุณหภูมิของร่างกายในแต่ละช่วงหลังใช้นวัตกรรมผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผู้เขียนได้ทำการทดลองใช้นวัตกรรมผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อนในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลสามพราน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 10 ราย ดังภาพแสดงด้านล่าง



ภาพที่ 1 นวัตกรรม “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน”

ผลการประยุกต์ใช้นวัตกรรม “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน”

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิร่างกายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีการใช้ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน จำแนกตามระยะเวลาตั้งแต่แรกรับ 15, 30, 45 และ 60 นาที (n=10)

ระยะเวลา (นาที)	แรกรับ		15 นาที		30 นาที		45 นาที		60 นาที	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
นวัตกรรมผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน	35.72	.08	36.29	.13	36.64	.12	36.89	.09	37.08	.12

จากตารางที่ 1 พบว่าผลการประยุกต์ใช้นวัตกรรมผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อนในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จำแนกตามระยะเวลาตั้งแต่แรกรับ 15, 30, 45 และ 60 นาทีตามลำดับ พบว่าค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิร่างกายในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา 15, 30, 45 และ 60 นาที ตามลำดับ จะเห็นได้ว่านวัตกรรมผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อนช่วยเพิ่มอุณหภูมิให้กับร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้แล้ว ยังเป็นการนำวัสดุเหลือใช้มาผลิตนวัตกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ ผ้า Steri-drape เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์เพิ่มอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งมีราคาแพง และยังช่วยส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น สามารถลดอาการหนาวสั่นลงโดยไม่ต้องใช้ยา และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้

ข้อเสนอแนะจากการนำนวัตกรรม “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน” ไปใช้

1. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มอุณหภูมิร่างกายให้แก่ผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัด ซึ่งเป็นการศึกษาในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเท่านั้น ดังนั้นควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดประเภทอื่นต่อไป

2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวนน้อย จึงควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากกว่านี้ และสามารถนำไปอ้างอิงตามหลักสถิติเพื่อความน่าเชื่อถือ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อจะได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน”

สรุป

นวัตกรรม “ผ้าห่มอบอุ่นร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน” เป็นนวัตกรรมที่พัฒนาจากงานประจำที่ผู้เขียนได้ปฏิบัติงานอยู่ในห้องผ่าตัด จากข้อมูลเชิงประจักษ์โดยการศึกษาค้นคว้าที่เป็นระบบ มีขั้นตอนที่น่าเชื่อถือ และมีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทในการเพิ่มคุณค่าและคุณภาพของการปฏิบัติงานด้วยการคิดค้นนวัตกรรมทางการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ฐิติมา จำนงเลิศ และคณะ. (2556). อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยขณะผ่าตัด. *วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย*, 5(2), 19-30.
- จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ์ ปาริตะ บิลล่าเต๊ะ และจิราภา ไชยบุญดิษฐ์. (2562). แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วิทย์ญีสาร*, 45(3), 104-110.
- ชนิดา อนุวัธนวิทย์. (2555). การศึกษาผลการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลตราด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29 (2), 123-132.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF>
- วีณา จีระแพทย์. (2554). *Innovations for Advanced Nursing*. เอกสารเผยแพร่ประกอบการสอน.
- ศูนย์นวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบราชการไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2562). *ความหมายของนวัตกรรม*. สืบค้นจาก <https://www2.opdc.go.th/psic/main.php?url=content&gp=2&mn=2>
- สุวรรณี สุระเศรณีวงศ์, ฐิติมา ชินโชติศิริวรรณ, จิร สิริธรรม และวรรณมา สมบูรณ์วิบูลย์ (บรรณาธิการ). (2552). *ตำราพื้นฐานวิชาการวิทย์ญีวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อังกาบ ปราการรัตน์. (2548). *วิทย์ญีวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- อยู่ยง อนันตโชติ. (2553). *ผลของการพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่น จากการระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังโรงพยาบาลพังงา*. รายงานการวิจัย. งานวิทย์ญี โรงพยาบาลพังงา.
- อรลักษณ์ รอดอนันต์ และปองขวัญ จินาวรรณ. (2555). *ตำราพื้นฐานวิชาการวิทย์ญีวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- Bhattacharya, P. K., Bhattacharya, L., Jain, R. K., & Agarwal, R. C. (2003). Postanesthesia shivering (PAS) : A review. *Indian Journal of Anaesthesia*, 47(2), 88-93.
- Charlotte, T. (2018). Detecting hypothermia in the post anesthetic care unit: A comparison of axilla and tympanic temperature recordings. *The Dissector*, 45(4), 22-30.
- Eli, B.B., Gjertrud, S. Elin, D., Arild, E. (2018). Preoperative warming with a forced-air warming blanket prevents hypothermia during surgery. *Norwegian Journal of Clinical Nursing /Sykepleien Forskning*, 17(4), 21-39.

- Fang, Y.C., Chen, Y.H., Liu, Y.T., Lin, T.C. (2017). Applying Team Resource Management to Accelerate Rewarming Among Patients Undergoing General Anesthesia. *Journal of Nursing (J NURS (ROC))*, 64(3), 82-89.
- Guideline for positioning the patient. (2018). *Guidelines for Perioperative Practice*. Denver, CO: AORN, Inc.
- Help the Aged. (2004). *Everyday Age Discrimination: what older people say*. London.
- Kiekkas, P., Pouloupoulou, M., Papahutzi, A., & Souleles, P. (2005). Effect of hypothermia and shivering on standard PACU monitoring of patient. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 73(1), 47-53.
- Polderman, H. K. (2009). Mechanism of action, physiological effects, and complications of hypothermia. *Critical Care Medicine*, 37(7), S186-S202.
- Smith, D. (2006). *Exploring Innovation*. Maidenhead, United Kingdom: McGraw-Hill.
- Soukup, M. (2000). The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinic of North America*, 35(1), 301-309.
- Steelman, V.M., Schaapveld, A.G., Perkhounkova, Y., Reeve, J.L., Herring, J.P. (2017). Conductive Skin Warming and Hypothermia: An Observational Study. *AANA Journal*, 85(6), 461-468.
- Volkan, A., Alparslan, K., Tulay, H., Mehmet, E., Dilek, O., Kamil, T. (2018). Comparison of forced-air warming systems in prevention of intraoperative hypothermia. *Journal of Clinical Monitoring & Computing (J CLIN MONIT COMPUT)*, 32(2), 343-349.

บทบาทพยาบาลจิตเวช: การลดความเครียด ความวิตกกังวลในสถานการณ์ แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ทวิวรรณ บุปผาภา*

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งอุบัติใหม่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ขยายวงกว้างไปทั่วภูมิภาคของโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายที่ทำให้เกิดความรุนแรงจนเสียชีวิต บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ปัญหาทางจิตใจ กิจกรรมทางสังคม และการล่มสลายของเศรษฐกิจโลก โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ดังนั้นพยาบาลจิตเวชควรมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบการดูแลเชิงรุกเพื่อให้ผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สัมผัสโรคสามารถจัดการความเครียด เหนื่อยและปรับตัวกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง มีพลังความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตใหม่ได้

คำสำคัญ : ความเครียด, ความวิตกกังวล, โรคติดเชื้อ COVID-19

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563 หน้า 86-102

* อติตาอาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Corresponding author, e-mail: taweewanb@gmail.com, Tel. 097-257-8902

วันที่รับบทความ: 15 ตุลาคม 2563, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 15 พฤศจิกายน 2563, วันที่ตอบรับบทความ: 30 พฤศจิกายน 2563

Psychiatric Nurse's Roles in Reducing Stress and Anxiety during COVID-19 Pandemic

Taweewan Buppata*

Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is a life-threatening disease that emerged, spread and eventually caused a worldwide pandemic, including in Thailand. The virus that causes COVID-19 was declared by WHO as Public Health Emergency of International Concern. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) have affected the severity of health problems that may lead to death. The purpose of the article is to present the situation of COVID-19, the impacts of physical, mental health problems social activities and the collapse of the world economy, especially mental health problems. Depression among COVID-19 infected patients could lead to committed suicide. Psychiatric Nurses have an active role for providing a mental health care for patients and risk group by stress management, encounter and coping skill training, enhancing resilience training program and counseling, including empower the infected patients and risk group to adjust oneself for a new normal way of this pandemic.

Keywords: Stress, Anxiety, COVID-19 Pandemic

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(2), 86-102

* Former Instructor, Community Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing,
Huachiew Chalermprakiet University

Corresponding author, e-mail: taweewanb@gmail.com, Tel. 097-257-8902

Received: 15 October 2020, Revised: 15 November 2020, Accepted: 30 November 2020

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุดว่าเป็นสายพันธุ์ใหม่ ไวรัสและโรคอุบัติใหม่นี้ไม่เป็นที่รู้จักมาก่อนที่จะมีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคม ปี 2019 แต่ในขณะนี้โรคติดเชื้อ COVID-19 มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อหลายประเทศทั่วโลก จัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สามารถแพร่ระบาดจากคนสู่คนได้โดยการรับเชื้อจากผู้ติดเชื้อคนอื่น โรคนี้สามารถแพร่จากคนสู่คนผ่านทางละอองน้ำมูก น้ำลายจากจามหรือปากซึ่งเชื้อจะออกมาเมื่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ไอ จามหรือพูด ละอองเหล่านี้ค่อนข้างหนัก ไปไม่ได้ไกล แล้วจะตกลงสู่พื้น ทำให้ผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อรับเชื้อโรค COVID-19 จากการหายใจเอาละอองเข้าไป นอกจากนี้เชื้อสามารถกระจายอยู่ตามที่ต่างๆ เมื่อผู้ติดเชื้อได้สัมผัส เช่น ลูกบิด ประตู ราวจับ อุปกรณ์กระดาษ ธนบัตรและ เครื่องใช้ส่วนตัวต่างๆที่ใช้ในชีวิตประจำวันเช่นโทรศัพท์ การที่เชื่อนี้มีระยะฟักตัวที่ยาวนาน ผู้สัมผัสเชื้อ จึงยังไม่มีอาการแสดงของโรค แต่สามารถเป็นพาหะนำโรคได้ ดังนั้นหากสงสัยว่าเป็นผู้สัมผัสเชื้อ จึงต้องมีการกักตัวอย่างน้อย 14 วัน การที่ไม่สามารถหาผู้ที่เป็นพาหะนำโรคที่ไม่มีอาการได้อย่างทันท่วงที ทำให้โรคนี้มีการติดต่ออย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้าง ผู้สัมผัสโรคที่ทราบว่ามีโรคติดเชื้อแล้วมักจะมีอาการอย่างรวดเร็วและทำให้เสียชีวิตได้หากรักษาไม่ทันท่วงที เนื่องจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงและเป็นวงกว้างกับอวัยวะสำคัญของร่างกายเช่นหัวใจวาย สมองเสื่อม เส้นเลือดรั่ว ระบบภูมิคุ้มกันทำงานบกพร่อง และการที่เชื้อมีการกลายพันธุ์ทำให้ติดต่อได้ง่ายขึ้น และยังไม่มียา

รักษาหรือวัคซีนป้องกันโดยเฉพาะ ทำให้ยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างรวดเร็วต่อเนื่อง จากข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศที่พัฒนาแล้วในยุโรป เช่น อิตาลี สเปน เยอรมนี พบผู้ป่วยรายใหม่วันละ 4,000-6,153 รายต่อวัน เสียชีวิตมากกว่า 1000 รายต่อวัน (World Health Organization [WHO], 2020)

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง วันที่ 1 ธันวาคม 2563 พบว่า มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกที่ยืนยัน แล้วทั้งสิ้น 63,641,374 ราย เสียชีวิต 1,474,984 ราย โดยประเทศอเมริกาพบสถิติการติดเชื้อสูงสุด 22,301,000 คน เสียชีวิตจำนวน 369,000 คน (WHO, 2020) ส่วนสถานการณ์ของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 4,008 ราย เสียชีวิต 60 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่องและยาวนานทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น ได้หลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์หรือหมดพลัง และภาวะซึมเศร้า จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการสำรวจความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความตึงเครียด และการนอนไม่หลับเกิดขึ้น ร้อยละ 31.40, 31.90, 41.10 , 37.90 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable chronic disease patients) ผู้ที่ถูกกักตัว และผู้ติดเชื้อ COVID-19 มีความเสี่ยง

สูงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ($Q=26.73, p<0.01$) และวิตกกังวล ($Q=21.86, p<0.01$) มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น (Tianchen, et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่สัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ ซึมเศร้า และมีความเครียดที่เกิดจากความกังวลว่าจะติดเชื้อ ระยะเวลาการกักตัวที่ยาวนาน ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การขาดทรัพยากรพื้นฐานในการดำรงชีพ วิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป สภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่แออัด การขาดหรือสูญเสียรายได้ (Pulvirenti, et al., 2020; Zhang, et al., 2020; Brooks, et al., 2020) การระบาดของโรค COVID-19 ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรงด้วย (United Nations, 2020) การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้เกิดความตื่นตระหนกขึ้นรุนแรงของสาธารณชน (Public panic) (Bao, et al., 2020; Dubey, et al., 2020)

ผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ส่งผลกระทบต่อบุคคลหลายกลุ่ม ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อ 2) กลุ่มผู้สัมผัสผู้ที่ติดเชื้อ และ 3) กลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างกว้างขวางในด้านต่างๆ แต่ละบุคคลจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจแตกต่างกัน (Huang, Lei, Xu, Liu, & Yu, 2020) บทความนี้นำเสนอผลกระทบต่อกลุ่มผู้สัมผัสที่ติดเชื้อ ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย ไวรัสนี้มีแนวโน้มทำร้ายร่างกายโดยไวรัสพยายามเข้าไปฝังอยู่ในร่างกายไวรัสนี้มีแนวโน้มทำงานโดยการเข้าไปและยึดเซลล์

ร่างกายไว้ ไวรัสโคโรนา สามารถเข้าสู่ร่างกายเมื่อหายใจเอาเชื้อเข้าไป (หากมีคนติดเชื้อไอหรือจามใกล้ๆ) หรือเมื่อไปจับบริเวณที่มีเชื้อติดอยู่ ในขั้นแรก เชื้อจะเดินทางเข้าปากผ่านหลอดลม และเข้าไปสู่ถุงลมปอด ในที่สุดไวรัสก็จะทำลายเนื้อเยื่อปอดอย่างรุนแรง ในภาวะปกติปอดมีกระบวนการการนำออกซิเจนเข้าสู่เลือดและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกไป แต่ในภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ น้ำในร่างกายจะเริ่มเข้ามาในถุงลมเล็กๆ และทำให้เกิดอาการหายใจไม่อิ่มและหายใจไม่สะดวก ในที่สุดเชื้อจะแพร่ไปตามเซลล์ที่เยื่อปอด ท่อทางเดินหายใจและปอดก่อนแพร่กระจายไวรัสใหม่ไปติดเซลล์เพิ่มอีกทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจอักเสบอย่างรุนแรง จนทำให้เสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (WHO, 2020) อาการที่พบบ่อยที่สุดของโรคติดเชื้อ COVID-19 คือ มีความผิดปกติของระบบประสาทการรับรส รับกลิ่น มีไข้ อ่อนเพลียและมีอาการไอแห้ง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดเมื่อย คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอ หรือท้องเสีย อาการเหล่านี้มักจะไม่มีรุนแรง เมื่อแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการ 4 อาการ ดังนี้ อาการน้อย ได้แก่ มีไข้ ไอ ไม่มีอาการเหนื่อย ภาพถ่ายรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกไม่พบความผิดปกติ อาการปานกลาง ได้แก่ มีไข้ร่วมกับมีอาการทางระบบทางเดินหายใจเหนื่อย หายใจเร็ว ภาพถ่ายรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบความผิดปกติ อาการรุนแรง ได้แก่ หายใจเร็ว ความอึดตัวของออกซิเจนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 ในขณะพัก PaO_2/FiO_2 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 300 มิลลิเมตรปรอท ภาพถ่ายรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบปอดอักเสบมากกว่าร้อยละ 50 ภายใน 1-2 วัน อย่างต่อเนื่อง

อาการวิกฤต ได้แก่ มีการหายใจล้มเหลว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะช็อค หรือมีอวัยวะระบบอื่นล้มเหลว (เสาวภา ทองงาม, สุพิศตรา ภูมิพล และธนัชฐา รัตนะรัต, 2563) แต่มีรายงานว่าประมาณ 1 ใน 6 คนที่ได้รับเชื้อ COVID-19 ป่วยหนักและหายใจลำบากและเสียชีวิตจากระบบหายใจล้มเหลว (Holshue, et al., 2020)

ผลกระทบด้านจิตใจ การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในระยะยาว ผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจ เพราะกลัวการติดเชื้อและกลัวการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลใกล้ชิด จากมาตรการของภาครัฐที่ขอความร่วมมือให้ทุกคนอยู่ในบ้าน งดการจำหน่ายหรือขายอาหารที่มีการนั่งในร้านและงดการจัดกิจกรรมที่รวมตัวกันของคนกลุ่มใหญ่ ที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อที่เรียกว่า “ล็อกดาวน์ (Lockdown)” อย่างยาวนานทำให้ประชาชนเกิดความเครียดสำหรับผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อ COVID-19 การที่ต้องอยู่ในพื้นที่ที่มีขอบเขตจำกัด การที่ต้องพลัดพรากจากครอบครัว การห้ามเดินทาง ปิดกิจกรรมทางสังคม การขาดแคลนทรัพยากรพื้นฐานเพื่อการดำรงชีพ การปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิตเป็นวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ที่ไม่คุ้นชิน เกิดเป็นความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ (Tianchen, et al., 2020; Pulvirenti, et al., 2020; Zhang, et al., 2020) ส่วนผลกระทบทางจิตใจด้านอื่นๆ มีดังนี้

1. ความวิตกกังวล ในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 และผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ มีปัญหาสุขภาพจิตด้านวิตกกังวลร้อยละ 31.9 (Holshue, et al., 2020) ส่วนในประเทศเอกวาดอร์ พบว่ามีปัญหาวิตกกังวลร้อยละ 24.20 และกลุ่มที่สงสัยว่าจะติดเชื้อโรค COVID-19 ร้อยละ 21.4

(Paz, Mascialino, et al., 2020) ซึ่งสาเหตุความวิตกกังวลในผู้ที่สัมผัสโรคติดเชื้อ COVID-19 เกิดจากวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อโรคที่กำลังแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วภูมิภาคของโลก (Salari, et al., 2020) อัตราการเสียชีวิตเป็นจำนวนมากของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เป็นสาเหตุทำให้เกิดความวิตกกังวล (Banerjee, 2020) กลัวการเสียชีวิตของตนเองและบุคคลอันเป็นที่รัก วิตกกังวลเรื่องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย สามารถนำไปสู่การแบ่งแยก กีดกัน (Discrimination) จากครอบครัว ชุมชน ทำให้รู้สึกเป็นตราบาปในใจตนเอง (Internalized stigma) จากการเป็นผู้สัมผัสเชื้อ (Takeddine, Samaa, & Tabbah, 2020) มีความไม่มั่นคงในอนาคตจากโรคติดเชื้อ COVID-19 นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเกิดจากการบริโภคสื่อข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 มากเกินไป (WHO, 2020) ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ขณะถูกกักตัวจะรู้สึกเบื่อหน่าย โกรธ และรู้สึกโดดเดี่ยวเดียวดาย นอกจากนี้การแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไอ มีไข้ เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีความตึงเครียดทางอารมณ์ และจิตใจ (Psychological and mental Distress) และวิตกกังวล (Shah, Kamrai, Mekala., et al., 2020) ส่วนผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อจะมีการแสดงอาการของความวิตกกังวล เช่น ความรู้สึกตื่นกลัว หวาดกลัว ตึงเครียด ตัวชา กังวล หรือความรู้สึกว่าอะไรไม่ดีกำลังจะเกิดขึ้น นอกจากนี้อาจพบอาการทางกาย เช่น การหายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก ตัวสั่น ไม่มีสมาธิและการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวลส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง (WHO, 2020) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2. ความเครียด จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งระบาดเป็นวงกว้างแพร่กระจายไปทั่วภูมิภาคของโลก เป็นสิ่งเร้าที่คุกคามและกดดันให้บุคคลมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดเป็นสภาวะที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม (Selye, 1956) ส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่มาคุกคาม ส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจและพฤติกรรม ความเครียดที่เรื้อรังและคงอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตหลายด้าน กระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดันไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนรู้สึกถูกบีบคั้น ความเครียดเกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ซึ่งมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้นว่า การใช้กลไกป้องกันตัวเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิด และด้านอารมณ์ความรู้สึกถูกกดดันความเครียดเหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2553) ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 และผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อจะมีการแสดงออกทางด้านจิตใจในรูปแบบต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สมาธิ และการตัดสินใจไม่ดี สับสน คิดอะไรไม่ออก อารมณ์ตึงเครียดหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ท้อแท้ ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว การงานอาชีพ และมีอาการทางจิตประสาท เช่น วิตกกังวล เบื่อหน่าย ก้าวร้าวรุนแรง

ซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุความเครียดในผู้ที่สัมผัสโรคติดเชื้อ COVID-19 มีสาเหตุเกิดจากความรู้สึกห่างเหินเดียวดาย (Sense of isolation) จากการที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม ความกลัวการติดเชื้อ กลัวการเสียชีวิตทั้งตนเองและบุคคลอันเป็นที่รัก ความรู้สึกที่ไม่มี ความมั่นคงในอนาคตข้างหน้า วิธีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยกระทำในชีวิตประจำวัน แบบแผนการนอนแปรปรวน มีข้อห้ามข้อจำกัดในการเดินทาง การงดกิจกรรมทางสังคม การว่างงาน หรือกังวลว่าจะ ตกงาน ภาคธุรกิจปิดตัวลง สถาบันการศึกษาต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนการสอน การปิดสถานที่บันเทิง การปิดสถานที่ดูแลรับเลี้ยงเด็ก หรือสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลหรือเป็นปัจจัยคุกคามกระตุ้นให้บุคคลเกิดความเครียด

3. ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างการอยู่ตัวคนเดียวและความสิ้นหวังช่วงโรคติดเชื้อ COVID-19 ระบาด จากการศึกษาของ Zhang และคณะ ในปี 2020 พบภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 29.20 และกลุ่มที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 9.80 แต่กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จะมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า (Zhang, et al., 2020) จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศจีนสูงถึงร้อยละ 44.37 (Que, et al., 2020) นอกจากนี้โรคติดเชื้อ COVID-19 อาจเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคทางจิตเวช (Psychiatric disorders) เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคนอนไม่หลับมากเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับอาการเจ็บป่วยอื่นๆ โดยพบว่าร้อยละ 5.80 หรือ 1 ใน 17 ของผู้ติดเชื้อ

จะมีอาการป่วยทางจิตภายในระยะเวลา 3 เดือน หลังจากได้รับเชื้อ (Taquet., et al., 2020)

ผลกระทบด้านสังคม การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่างๆ การเว้นระยะห่างทางสังคมของแต่ละบุคคลทำให้เกิดความรู้สึกห่างเหินเดียวดาย (Sense of isolation) การงดกิจกรรมทางสังคมที่มีการรวมตัวกันของคนเป็นกลุ่ม ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่เพื่อลดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ทำให้ต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมการทำงาน การเรียนและการใช้ชีวิตอย่างมาก จนบางเรื่องกลายเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในการปฏิบัติตัว เป็นวิถีชีวิตปกติใหม่ ที่เรียกว่า New Normal หรือชีวิตวิถีใหม่ (WHO, 2020; ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.), 2563) โดยรัฐเริ่มมีข้อกำหนดให้ทุกคนสวมหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ห้ามออกนอกเคหสถานในช่วงเวลาเคอร์ฟิว การควบคุมบุคคลที่ติดเชื้อหรือมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโดยการกักตัวในสถานที่รัฐบาลจัดให้เป็นสถานกักตัว สังคมที่เริ่มคุ้นชินกับเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital familiarity) เชื่อมต่อกับโลกภายนอกมากขึ้น เช่น ประชุมออนไลน์ การใช้เงินดิจิทัล การดูหนังออนไลน์ เทคโนโลยี AI คิวอาร์โค้ด (QR CODE) นำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้ก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัลเร็วกว่าที่คาดการณ์ และปรับเปลี่ยนการทำงานให้เป็นรูปแบบการทำงานจากบ้าน (Work from home) ระบบการจัดการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ การบริการจัดส่งอาหารตามบ้าน การเปิดบริการของร้านอาหาร โดยให้ประชาชนนั่งรับประทานอาหารในร้านได้ แต่ต้องปฏิบัติตาม

มาตรการควบคุมการแพร่กระจายของโรค ซึ่งร้านค้าโดยทั่วไปจัดให้มีการนั่งเว้นระยะห่างประมาณ 1-2 เมตร และให้มีฉากกั้นระหว่างผู้นั่ง พฤติกรรมแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้เกิดมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) การซื้อสินค้าออนไลน์ มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมมาใช้ ส่งผลอย่างมากต่อการปฏิบัติตัวในวิถีชีวิตใหม่ หรือชีวิตวิถีใหม่ของสังคม (New normal) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน จะเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมต้องปรับตัวในการเรียนรู้เพื่อที่จะสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอินเทอร์เน็ตได้ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต ความยากลำบากในการจัดซื้อทรัพยากรพื้นฐานเพื่อการดำรงชีพ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่ไม่คุ้นชินเป็นสิ่งที่ไม่ปกติมาก่อนกลายเป็นมาตรฐานปกติในปัจจุบัน ทำให้ผู้ที่ปรับตัวไม่ได้จะเกิดปัญหาในการปฏิบัติและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช เช่น ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากมีปัจจัยกดดัน ทำให้เกิดความตึงเครียดหงุดหงิดจนไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และส่งผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตประจำวันเช่น การเรียน หรือการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบบแผนการนอนหลับแปรปรวน เกิดความกลัว โกรธ หงุดหงิด คับข้องใจ อารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย และบริโภคสุราและยาเสพติดเพิ่มขึ้น (Takiyeddine, Samaa, & Tabbah, 2020)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจโลกอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแพร่ระบาดขยายวงกว้าง และไม่สามารถควบคุมได้ จาก

มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ เช่น การกักตัวอยู่บ้าน การเว้นระยะห่างทางสังคม การห้ามเดินทาง การปิดธุรกิจต่างๆ สอดคล้องกับ ข้อมูลการรายงานขององค์การสหประชาชาติว่า เศรษฐกิจโลกลดลง ร้อยละ 1 ในปี 2020 เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (United Nation, 2020) รายงานของ UNCTAD (2020) ชี้ว่า ดัชนีภาคการผลิต (PMI) ของจีนเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ลดลงต่ำสุดตั้งแต่ปี 2547 และประเมินว่าจะสร้างความเสียหายต่อการส่งออกในห่วงโซ่อุปทาน 50,000 ล้านดอลลาร์ โดยมีผลกระทบมากที่สุดใน EU (15,600 ล้านดอลลาร์) รองลงมาคือ สหรัฐฯ (5,800 ล้านดอลลาร์) ญี่ปุ่น (5,200 ล้านดอลลาร์) เกาหลี (3,800 ล้านดอลลาร์) เวียดนาม (2,300 ล้านดอลลาร์) ขณะที่ไทยติดอยู่ที่อันดับ 11 ด้วยมูลค่า ความเสียหาย 700 ล้านดอลลาร์ โดยอุตสาหกรรม ผลิตภัณฑ์พลาสติก เครื่องมือเครื่องจักร เคมีภัณฑ์ อุปกรณ์สื่อสาร ยานยนต์ ในไทยเป็นสาขาที่จะได้รับผลกระทบมากที่สุด (UNCTAD, 2020) การล็อกดาวน์ในหลายๆ ประเทศ เพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้นำเศรษฐกิจของโลกเข้า สู่ภาวะชะงักงัน พนักงานหลายสิบล้านคนในธุรกิจค้าปลีก บันเทิง อาหาร บริการส่วนบุคคล การศึกษาและภาคอื่นๆ รวมถึงธุรกิจขนาดเล็กและผู้ประกอบการอิสระ ต่างได้รับผลกระทบอย่างหนักในระยะเวลาอันรวดเร็ว การล็อกดาวน์ แม้จะหยุดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้แต่ส่งผลกระทบต่อการค้า การท่องเที่ยว การคมนาคม และการลงทุน ประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจแนวหน้าระดับสูงของโลก เช่น สหรัฐอเมริกา จีน ญี่ปุ่น เยอรมนี ต่างก็ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง การที่เศรษฐกิจจะสามารถขับเคลื่อนไปข้างหน้าได้ ต้อง

อาศัยการหมุนเวียนของทั้งสินค้า บริการ เงินทุน หากการระบาดของโรคยังควบคุมไม่ได้ จะส่งผลให้กลไกองค์ประกอบเหล่านี้หยุดการเคลื่อนไหว ระบบเศรษฐกิจก็จะเดินต่อไปไม่ได้ทำให้เศรษฐกิจโลกปี 2563 ประสบภาวะถดถอย

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เน้นการฝึกสติและสมาธิในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

ท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 แนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชจะช่วยผู้สัมผัสติดเชื้อหรือผู้ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 ให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดคือ การสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ที่เน้นการฝึกสติและสมาธิตามแนวคิดของกรอทเบอร์ก (Grotberg, 2005) และคาบาตซิน (Kabat-Zinn, 2013) ซึ่งประกอบไปด้วยการฝึกสติผ่านการเจริญสมาธิวันละ 15 นาที ทุกวัน เข้าและเย็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้สร้างความเข้มแข็งทางใจในประเด็นต่างๆ เช่น การรู้จักและเข้าใจตนเอง การสำรวจและการควบคุมอารมณ์ ด้านลบ ความสามารถในการจัดการปัญหาและการมีแหล่งสนับสนุนทางใจ เป็นต้น ทุกชีวิตที่เกิดมาต่างมีโอกาสประสบกับสถานการณ์เลวร้ายที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความล้มเหลวในการทำงาน การหย่าร้าง การกระทำรุนแรงในครอบครัว ไฟไหม้ น้ำท่วม สงคราม สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ ความรุนแรงในสังคม การอยู่ท่ามกลางสถานการณ์โรคติดต่ออันตรายที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต แต่ละบุคคลก็จะมีวิธีการจัดการกับปัญหาแตกต่างกัน และผลลัพธ์ก็จะแตกต่างกันไป เป็นเพราะว่าบุคคลมีสิ่งหนึ่งที่

แตกต่างกัน นั่นคือความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญสถานการณ์ต่างๆ อย่างมั่นใจและอดทนต่อปัญหา อุปสรรค ความยากลำบากต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ ซึ่งเป็นความสามารถในการปรับตัวด้านบวกที่ทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้ (Herman, et al , 2011) บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะสามารถจัดการและผ่านสถานการณ์เลวร้ายไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพจิตที่ดีในทางตรงกันข้ามหากมีการจัดการต่อสถานการณ์เลวร้ายที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นไม่ดี จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา บุคคลจะมีความเข้มแข็งทางใจได้โดยการพัฒนา “สมาธิและสติ”

สติ ตามความหมายในทางพุทธศาสตร์ แปลว่า ความระลึกได้ นึกได้ ความไม่เผลอ คมใจไว้กับกิจ หรือกมฺจิตไว้กับสิ่งที่ปฏิบัติ หมายถึงความรู้ตัวในสิ่งที่คิด พูดและทำ ในขณะนี้ ปัจจุบัน ไม่หลงลืม ไม่เผลอเลี้ยวไม่ประมาทพลั้งเผลอ สามารถยับยั้งชั่งใจตัวเองได้ ป้องกันไม่ให้คิด พูด และทำอย่างหุนหันพลันแล่นหรือทำตามความเคยชินหรือ นิสัยเดิมๆ อีกต่อไป (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559)

สมาธิ เป็นการฝึกความตั้งใจให้จดจ่อกับเสียง วัตถุ ภาพในใจ ลมหายใจ การเคลื่อนไหว หรืออยู่กับความตั้งใจของตัวเอง เพื่อที่จะเพิ่มความรู้ตัวต่อปัจจุบันขณะ ช่วยลดความเครียด ส่งเสริมการผ่อนคลาย และก่อให้เกิดความเจริญเติบโตของบุคคล และจิตวิญญาณ (The free dictionary อังในยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) สมาธิหมายถึง ความตั้งมั่นแห่งจิต เพื่อให้จิตพัก โดยวางจากความคิดทั้งปวง เพราะโดยทั่วไปจิตจะมีความคิดอยู่เสมอเมื่อสะสม ความคิดที่ไม่ถูกใจก็จะกลายเป็นความว้าวุ่น อารมณ์ และความเครียดในที่สุด (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) การฝึก

สมาธิในทางจิตวิทยานอกจากเป็นการลดความว้าวุ่นและความเครียดของจิตใจแล้ว จิตที่ออกจากความสงบของสมาธิยังเป็นจิตที่มีสติได้ง่ายอีกด้วย สมาธิใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหาทั้งหลายในทางจิต เช่น ความเครียด ความฟุ้งซ่าน ความสับสน ว้าวุ่น กระวนกระวาย ความเหงา ความว้าเหว เป็นต้น ทำให้จิตใจสบาย มีความสุข (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต, 2539) สมอของคนเราจะทำหน้าที่พื้นฐานในการสั่งการอวัยวะต่างๆ ให้พร้อมจะสู้หรือหนีเพื่อปกป้องตัวเราจากอันตรายต่างๆ และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วย ความปลอดภัย เมื่ออวัยวะรับสัมผัสต่างๆ ส่งข้อมูลให้สมอง เช่น ตา เห็นภาพ หู ได้ยินเสียง ลิ้น ได้รับรส ผิวหนังสัมผัสสิ่งต่างๆ สมองจะตีความและ สั่งการให้เกิดการโต้ตอบ เมื่อโต้ตอบไปแล้วรอดปลอดภัย สมองก็จะเก็บไว้ เป็นแบบแผนความคิดและความทรงจำ เมื่อเหตุการณ์เดิมๆ เกิดขึ้นอีกสมองก็จะสั่งการให้มีปฏิกิริยาโต้ตอบแบบเดิมๆ อีกทุกครั้งไปจนเกิดเป็นนิสัย ทำให้คนเราติดอยู่ในกับดักวังวนของการสั่งการแบบเดิมๆ ของสมอง เช่น เมื่อถูกผู้อื่นทำให้ไม่พอใจ ก็จะโต้ตอบด้วยวาจาหรือการกระทำออกไปทันที แต่ละบุคคลจะมีประสบการณ์ชีวิต การเลี้ยงดูและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันทำให้สมองของแต่ละคนจะมีแบบแผนความคิด ความทรงจำและปฏิกิริยาโต้ตอบที่แตกต่างกันไป ทำให้คนเรามีบุคลิกภาพ อัตลักษณ์ และนิสัยที่แตกต่างกันออกไป เมื่อบุคคลได้รับการฝึกสติและสมาธิเปรียบเสมือนเราได้โปรแกรมการทำงานของสมองใหม่ นิวรอนส์หรือเซลล์สมองจะเกิดการส่งผ่านข้อมูลกับนิวรอนส์ตัวใหม่ๆ ด้วยการเชื่อมต่อใหม่ๆ เกิดวงจรการเรียนรู้ใหม่ ทำให้การเชื่อมต่อเก่าๆ ผ่อนคลายและหมดสภาพไป สมองจึงเกิดการสั่งการในรูปแบบใหม่ๆ ที่มีการยังคิดมากขึ้น ไม่เป็นไปตาม

อัตโนมัติเหมือนแต่ก่อน ทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ๆ ที่พัฒนามากว่าเดิม รอบคอบกว่าเดิม ช่วยให้แก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าเดิม ช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกว่าเดิม และที่สำคัญคือช่วยให้มีความรู้สึกสงบและมีความสุข การฝึกสติและสมาธิเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน วันละ 10-30 นาที จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล ดังนี้

1. ควบคุมการทำงานของร่างกายส่วนต่างๆ ได้ดีขึ้น
2. สมองส่วนต่างๆ สามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และแสดงออกอย่างระมัดระวังมากขึ้น
4. มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ทั้งในมุมมองต่อโลก และการดำเนินชีวิต
5. เห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น มีคุณธรรมและความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น
6. ตระหนักรู้ตัวเองและสามารถพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น
7. ป้องกันและบำบัดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า โรคระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบทางเดินอาหาร

ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจะดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ในบทบาทต่างๆ ดังนี้

1. บทบาทในการสอนให้เกิดทักษะในการจัดการลดความเครียดที่เน้นการฝึกสติ คาบาตซิน (Kabat-Zinn, 2013) ได้กล่าวถึงถึงความเครียดว่าเป็นธรรมชาติส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์ จากสถานการณ์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้สาเหตุของความเครียดเกิดจากความคิด ความรู้สึกของคนเราที่พยายามหลีกเลี่ยงที่จะประสบกับความเจ็บปวดและความยากลำบากนั้น การใช้แนวคิดการฝึกสติ

เพื่อลดความเครียด (Mindfulness-based stress reduction) เป็นการพัฒนาจิต ให้เกิดความตระหนักรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่กำลังปรากฏได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถยับยั้งอารมณ์ ความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงได้ ซึ่งตรงกับคุณลักษณะของการมีสติ คือการใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน (Attention to the present) และการยอมรับ (Acceptance) สิ่งที่เกิดขึ้น (Kabat-Zinn, 2013) การใส่ใจกับปัจจุบันจะเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ปรากฏการณ์ หรือสิ่งกระตุ้นที่มากระทบ และรับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างรวดเร็ว และเห็นรายละเอียดสิ่งที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง พยาบาลจิตเวชจะต้องช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้มีความตระหนักรู้ (Enhancing awareness) การสร้างความตระหนักรู้ในตนเองทุกขณะที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างครบถ้วนในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ เช่น การตระหนักรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคในด้านต่างๆ และการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากจากติดเชื้อ สามารถควบคุมกำกับตนเองให้มากขึ้นและติดตามข้อมูลอย่างเป็นปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อและการหยุดแพร่กระจายเชื้อ (Kar et al., 2020) พยาบาลจิตเวชสามารถนำแนวคิดการฝึกสติเพื่อลดความเครียด (Mindfulness-based stress reduction) ไปให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ COVID-19 หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้มีความรู้และทักษะการปฏิบัติ สามารถดูแลจิตใจตนเองเมื่อมีความเครียด ซึ่งขั้นตอนการฝึกสมาธิมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดการรับรู้ตามลมหายใจ

ฝึกหยุดความคิด ด้วยการตามรู้ลมหายใจ เรารู้ลมหายใจได้ โดยการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดจากลมหายใจผ่านเข้าออกที่ปลายจมูก ท่านลองเอาหลังมือรองลมหายใจดูนี่คือสัมผัสของลมหายใจที่ท่านรู้สึกได้ง่ายเพราะหลังมือมีปลายประสาทในการรับรู้หนาแน่น บริเวณปลายจมูกท่านก็สามารถรับรู้ได้ เช่นเดียวกัน แต่เบาว่ามากเพราะบริเวณนี้มีประสาทรับรู้ความรู้สึกน้อยกว่า การจะรับรู้ได้จึงต้องหยุดความคิดทั้งปวงเพื่อให้รับรู้ลมหายใจที่ปลายจมูกได้ง่ายขึ้น ท่านควรหลับตาและหายใจเข้าให้ยาวในตอนเริ่มต้นเพื่อให้สังเกตลมหายใจได้ง่ายขึ้นและเลือกสังเกตข้างใดข้างหนึ่งที่สมองรับรู้ได้ง่ายกว่า พยายามสังเกตไป ระยะเวลาประมาณ 1-2 นาทีด้วยลมหายใจปกติ ลองหลับตาเริ่มต้นด้วยการหายใจเข้าออกยาวสัก 4-5 รอบ มุ่งความสนใจไปรับรู้ลมหายใจที่ปลายจมูก หากเจอแล้วให้สังเกตว่าความรู้สึกข้างไหนชัดกว่า และสังเกตลมหายใจข้างที่ชัดกว่านั้นเพียงข้างเดียวไปเรื่อยๆ ด้วยลมหายใจ ตามปกติโดยไม่ต้องนับหรือใช้ถ้อยคำใดๆ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559)

ขั้นตอนที่ 2 จัดการกับความคิดที่สอดแทรกเพื่อสร้างความสงบของจิต

ฝึกจัดการกับความคิดที่สอดแทรกเพื่อให้จิตสงบ เมื่อท่านเริ่มรับรู้ลมหายใจเข้าออกที่ปลายจมูกขณะหลับตาได้แล้ว ท่านจะพบว่าความคิดจะหยุดลงได้เพียงชั่วคราวจะกลับมาอีก เพราะความคิดที่หยุดไปคือสิ่งที่ตั้งใจคิด หรือความคิดในจิตรู้สำนึก แต่คนเรามีสิ่งสะสมอยู่มากมายในจิตใต้สำนึก ความคิดจากจิตใต้สำนึกนี้เองที่จะผุดขึ้นมาในขั้นตอนที่ 2 นี้ จะเป็นการฝึกรู้ลมหายใจให้ต่อเนื่อง โดยไม่สนใจเสียงและสิ่งรบกวนจากภายนอก ให้สนใจแต่ลมหายใจ โดยสังเกตเพียง

ปลายจมูกข้างใดข้างหนึ่งที่รู้สึกชัดกว่า โดยดูไปให้ต่อเนื่องให้มากที่สุด หากมีความคิดใดๆ เกิดขึ้นก็ขอให้เพียงแต่รู้ตัวแล้วกลับไปรับรู้ ลมหายใจใหม่ ด้วยการหายใจเข้าออกยาวสัก 2 ครั้งแล้วดูไปให้ต่อเนื่องลองทำสัก 3-4 นาที อย่าลืมนึกว่าความคิดจะปรากฏขึ้นเป็นระยะเป็นเรื่องปกติธรรมดา เป็นเพราะความคิดมาจากจิตใต้สำนึกซึ่งเราควบคุมไม่ได้ สิ่งที่เราทำได้ก็คือ ไม่คิดตามโดยรู้ตัวว่ามีความคิดเกิดขึ้น ไม่คิดตามความคิดนั้นแล้วกลับไปรู้ลมหายใจเข้าออกใหม่ด้วยการหายใจเข้าออกยาวสัก 2-3 ครั้งแล้วดูไปให้ต่อเนื่องด้วยวิธีการเช่นนี้จะทำให้ค่อยๆ ปลดปล่อยความคิดในจิตใต้สำนึกออกไปเรื่อยๆ จนเบาบางลงและทำให้รู้ลมหายใจต่อเนื่องมากขึ้น (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559)

ขั้นตอนที่ 3 จัดการกับความง่วงเพื่อความสะดวกและผ่อนคลาย

ฝึกจัดการกับความง่วงเพื่อให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย เมื่อสามารถรับรู้ลมหายใจได้ต่อเนื่องแล้ว ความสงบก็จะเริ่มเกิดขึ้น เมื่อจิตเริ่มสงบก็จะรู้สึกง่วง ทั้งนี้เพราะจิตมีความเคยชินกับสภาวะจิต เพียง 2 ชนิด ที่เป็นสภาวะจิตขั้นพื้นฐานคือตื่นกับหลับ เมื่ออยู่ในสภาวะสงบจิตจึงกลับไปที่ความเคยชินเดิมคือเมื่อไม่อยู่ในสภาวะตื่น ก็เข้าสู่สภาวะหลับ ซึ่งเริ่มต้นด้วยอาการง่วง เพื่อพัฒนาจิตที่เป็นสมาธิแน่วแน่จึงต้องจัดการกับความง่วง ท่านสามารถแก้ได้โดยการยืดตัวตรง หายใจเข้าออกลึกๆ สัก 4-5 ลมหายใจ หรือจินตนาการเป็นหลอดไฟที่สว่างจ้าสักพักหนึ่งแล้วกลับไปรับรู้ลมหายใจ ให้ต่อเนื่องต่อไป ถ้ายังง่วงอยู่ให้เปลี่ยนอิริยาบถ เช่น ลุกขึ้นยืน หรือเดิน ตีมน้ำ ล้างหน้า ให้หายง่วง แล้วกลับมานั่งสมาธิต่อ โดยทั่วไปผู้ที่ไปเรียนการทำสมาธิมักจะได้รับคำแนะนำ ให้ฝึกทำทุกวันๆ ละ 10-20 นาที โดยเลือกเวลาที่ท่าน

สะดวกที่สุดก็คือ เช้าตรู่หรือก่อนนอน เพราะจะเป็นช่วงที่สงบ ท่านจะนั่งบนเก้าอี้ ก็ได้ แต่ไม่ควรพิงพนัก นั่งให้หลังตรง ศีรษะตรง นิ้วหัวแม่มือจรดกัน ท่านจะเป็นท่าที่ทำให้ร่างกายสมดุลและช่วยให้ผ่อนคลายได้ ทั้งนี้การปฏิบัติจะบรรลุผลจะต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การฝึกสมาธิทำให้ผู้ฝึกมีความตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนเข้าใจและเห็นใจผู้อื่นเพิ่มขึ้น (Centeno & Fernandez, 2020; ยงยุทธ วงศ์-ภิรมย์ศานติ, 2559)

2. บทบาทในการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 และผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อให้มีวิธีการหรือเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม รู้จักปรับตัว รู้จักปรับใจ เช่นการเปิดโอกาสให้พูดระบายสิ่งที่ปัญหาหรือความคับข้องใจ ให้มีสติรู้เท่าทันความคิด อารมณ์ และตระหนักรู้ในตนเองในทุกขณะ รู้จักประคับประคองจิตใจอารมณ์ของตนเองในยามที่ประสบปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ควบคุมกำกับตนเองให้มากขึ้น (Self-regulation) และเพิ่มการสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง ความสามารถในการปรับตัว (Coping skill) จะช่วยให้บุคคลจัดการความเครียดและอารมณ์ด้านลบ ให้ลดลงได้ (Folkman, Lazarus, Pimley, et al, 1987; Huang, et al, 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ด้านลบที่เกิดจากความเครียดที่ต้องกักตัว มาตรการล็อกดาวน์อย่างยาวนาน การเว้นระยะห่างทางสังคม การต้องปรับตัวกับวิถีชีวิตใหม่ ความยากลำบากในการใช้ชีวิตในสังคมหลังการแพร่ระบาดของโรคเป็นวงกว้าง นอกจากนี้พยาบาลจิตเวช ควรส่งเสริมพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เพราะปัญหาเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดความเครียด ฝึกการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ กำหนดปัญหาให้ชัดเจน พิจารณาหลายๆ ทางเลือกในการแก้ปัญหา แล้วตัดสินใจ

เลือกแนวทางที่เหมาะสมโดยยึดหลักเหตุและผล สร้างพลังในการแก้ปัญหาด้วยการให้กำลังใจตนเอง

3. บทบาทในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 และผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อโดยสามารถนำแนวคิดกรอบความคิดการเติบโต (Mindset interventions) (Dweck, 2006) มาประยุกต์ในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในด้านความเชื่อส่วนบุคคลและคุณลักษณะของตนเอง เช่น เชาวปัญญา ความสามารถ บุคลิกภาพ เป็นความเชื่อที่มีต่อคุณลักษณะของตนเองว่าสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้ ทั้งด้านเขาวนปัญญา ทักษะ ความสามารถ และบุคลิกภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนานี้สามารถเกิดขึ้นได้โดยอาศัยความพยายาม การเรียนรู้ และการฝึกฝน เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ต่างๆ จะมีการตีความหมายของเหตุการณ์ และมีการแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆ โดยอาศัยรูปแบบของกรอบความคิดที่ตนมีความเชื่ออยู่เดิมโดยการมองสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ถูกตีตราจากสังคม (Social stigma) ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดเนื่องจากเกิดพฤติกรรมเลือกปฏิบัติจากสังคมที่เหมารวมว่ากลุ่มคนบางกลุ่ม หรือบางเชื้อชาติเป็นผู้ที่สัมผัสและแพร่กระจายเชื้อโรคนี้ พยาบาลจิตเวชควรแนะนำผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้นำความเชื่อเกี่ยวกับคุณลักษณะ ความสามารถและสมรรถนะแห่งตน บุคลิกภาพที่ตนมีอยู่มาเป็นแรงจูงใจให้เป็นพลังในเชิงบวก เพื่อพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีแรงจูงใจในการเอาชนะปัญหาหรือจัดการกับอุปสรรคได้ (Crum &

Salovey & Achor, 2013; Hagger, Keech, & Hamilton, 2020)

4. บทบาทในการช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยและผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ COVID-19 การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ โดยที่ผู้รับจะได้รับประโยชน์จากการช่วยเหลือหรือปฏิสัมพันธ์นั้น (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพมีกำลังใจในการเผชิญความเครียดและสถานการณ์ความไม่แน่นอนในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โดยผลทางตรงทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกมีคุณค่ามีความมั่นคงซึ่งความรู้สึกทางจิตใจนี้จะส่งผลดีต่อสุขภาพ และผลทางอ้อมช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงลดลง ช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความเครียดลดลง และบุคคลสามารถปรับตัวได้เหมาะสมและคงความสมดุลไว้ได้ (Park, et al., 2013; จันทร์จิรา กลมมา, ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2560) พยาบาลจิตเวชควรช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการรัก ความห่วงใยและกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชนและสังคม การได้รับรู้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่ระบาดของโรคที่ส่งผลกระทบต่อการเศรษฐกิจ

ครัวเรือน การดำเนินชีวิต ประจำวันอย่างมาก เช่น การเดินทาง การซื้อสินค้าอุปโภค บริโภค ความยากลำบากในการจัดหาซื้ออุปกรณ์เครื่องป้องกัน การติดเชื้อ ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์เมื่อติดเชื้อหรือเข้าข่ายสงสัย ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะรู้สึกว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ใดก็ตาม จะมีบุคคลหรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ทำให้ความเครียดความกดดันต่างๆ ก็จะลดลง ดังนั้นพยาบาลจิตเวชควรให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและช่วยประสานงานการเข้าถึงบริการที่จำเป็นเร่งด่วนทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการหรือได้รับสิ่งสนับสนุนต่างๆตามความจำเป็นเร่งด่วน

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรม บทบาทพยาบาลจิตเวชในการช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว พยาบาลจิตเวทยังมีบทบาทที่สำคัญดังนี้

1. ในด้านการเป็นผู้ให้การปรึกษาช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้สามารถระบายความทุกข์ใจ และคิดแก้ปัญหาของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม เพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์และเสริมสร้างจิตสำนึกในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยนำแนวคิดรูปแบบการให้คำปรึกษากลุ่มพฤติกรรม การรู้คิด คือให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่สัมผัสเชื้อโรคติดเชื้อ COVID-19 มีบทบาทเชิงรุกในการสร้างจิตสำนึกในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของตนเอง (Self-help consciousness of COVID-19 prevention) โดยผ่านกระบวนการให้คำปรึกษากลุ่มพฤติกรรม การรู้คิด เพื่อบริหารจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อของตนเอง พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย

ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างจิตสำนึกในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ด้วยตนเอง

2. ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 พยาบาลจิตเวชควรปรับเปลี่ยนช่องทางการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยผ่านอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ให้เป็นช่องทางหลักและมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการคงไว้ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคติดเชื้อ COVID-19 อีกทั้งยังเป็นช่องทางที่สามารถสนับสนุนประคับประคองจิตใจ (Emotional support) ในยามที่มีความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือผู้ที่สัมผัสเชื้อโรค

สรุป

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นวงกว้างอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยและผู้สัมผัสเชื้อโรค มีปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า บางรายถึงขั้นรุนแรงสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชควรมีความตระหนักรู้ เข้าใจสถานการณ์ปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในการปรับตัวและจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวลอย่างเหมาะสมด้วยรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *คู่มือคลายเครียด* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=345
- จันทร์จิรา กลมมา, ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2560). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาลสาร*, 44(3), 8-18.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2559). *คู่มือสติบำบัด*. Mindfulness-Based Therapy and Counseling: (MBTC). Manual. กรุงเทพมหานคร : อินทิรา ปัทมินทร.
- สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตโต). (2539). *สมาธิเพื่อความสงบสุข*. สืบค้นจาก <https://www.payutto.net/book-content/๒/สมาธิเพื่อความสงบสุข>
- เสาวภา ทองงาม, สุพิศตรา ภูมุล และรณิษฐา รัตนะรัต. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในหอผู้ป่วยแยก โรคโรงพยาบาลศิริราช. *Siriraj Med Bull*, 13(3), 221-231.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 กระทรวงมหาดไทย. (2563). สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศ. สืบค้นจาก https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/261263edit.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E, et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.
- Bao, L., Deng, W., Gao, H., Xiao, C., and Liu, J., et al. (2020). *Reinfection could not occur in SARS-CoV-2 infected rhesus macaques*. Retrieved from <https://www.biorxiv.org/Content/10.1101/2020.03.13.99022v1doi.org/10.1101/2020.03.13.990226> (2020) <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.03.13.990226v1>
- Banerjee, D. (2020). The COVID-19 outbreak: crucial role the psychiatrists can play. *Asian J Psychiatr*. 50, 102014.

- Centeno, R.P.R. and Fernandez, K.T.G. (2020.). Effect of Mindfulness on Empathy and Self-Compassion: An Adapted MBCT Program on Filipino College Students. *Journal of Behavior Science*, 10(3), 61.
- Crum, A.J., Salovey, P., & Achor, S. (2013). Rethinking Stress: The Role of Mindsets in Determining the Stress Response. *Journal of personality and social psychology*, 104(4), 716-733.
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. New York: Random House.
- Folkman S, Lazarus R, Pimley S, et al. (1987). Age differences in stress and coping processes *Psychology and Aging*, 2, 171-184. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037//0882-7974.2.2.171> PMID: 3268206
- Grotberg, E.H. (2005). *Resilience for tomorrow*. Retrieved from: http://resilnet.uiuc.edu/library/grotberg_2005_resilience-for-tomorrow-brazil.pdf.
- Hagger, M. S., Keech, J. J., Hamilton, K. (2020). Managing stress during the coronavirus disease 2019 pandemic and beyond: Reappraisal and mindset approaches. *Stress and Health*, 36(3), 1-6.
- Herman, H., Stewart, D.E., Diaz-Granados, N., Berger, E.L. and Jackson, B. et al. (2011). What is resilience?. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
- Holshue, M. L., DeBolt, C. S., Lofy, K. H., Wiesman, J., Bruce, H., et al. (2020). First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *N Engl J Med*, 382(10), 929-936.
- Huang L, Lei W, Xu F, Liu H, Yu L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PLoS ONE*, 15(8), e0237303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Kabat-Zinn J. Hachette. Full Catastrophe Living. (2013). *Revised Edition: How to Cope with Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation*. London: Little Brown Book Group.
- Kar, S. K., Yasir Arafat, S. M., Kabir, R., Sharma, P., & Saxena, S. K. (2020). Coping with Mental Health Challenges During COVID-19. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics*, 199-213. http://doi.org/10.1007/978-981-1504814-7_16
- Keech, J. J., Hagger, M. S. & Hamilton, K. (2019). Changing stress mindsets with a novel imagery intervention: A randomized controlled trial. *Emotion*. doi: 10.1037/emo0000678
- Keech, J. J., Cole, K. L., Hagger, M. S., & Hamilton, K. (2020). The association between stress mindset and physical and psychological well-being: Testing a stress beliefs model in police officers. *Psychology & Health*, 35(11), 1306-1325. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1743841>
- Park, J., Kitayama, S., Karasawa, M., Curhan, K., Markus, H. R., Kawakami, N. Ryff, C. D. (2013). Clarifying the links between social support and health: Culture, stress, and neuroticism matter. *Journal Health Psychology*, 18(2), 226-35.
- Paz, C., et al (2020). Anxiety and depression in patients with confirmed and suspected COVID-19 in Ecuador. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(10), 554-555.
- Pulvirenti, F. Cinetto, C. Milito, L. Bonanni, A.M. Pesce, G. Leodori, G. Garzi, M. Miellonico, S. Tabolli, I. Quinti. (2020). Health-Related-Quality of Life in Common Variable Immunodeficiency Italian patients switched to remote assistance during the COVID-19 pandemic. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, 8(6), 1894-1899.

- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., and Zhang, L. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General psychiatry*, 33(3), e100259. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., and Rasoulpoor, S. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-405.
- Shah K, Kamrai D, Mekala H., et al (2020). Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus*, 12(3), e7405. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PM C7182052/>
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Takieddine, Samaa A.L., & Tabbah. (2020). Coronavirus Pandemic: Coping with the Psychological *Open J Depress Anxiety*. 2, 7-19. doi: 10.36811/ojda.2020.110005
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J.R., Harrison, P.J. (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases In the USA. *Lancet Psychiatry*, 7(11), e1. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4).
- Tianchen, Wu., et al. (2020). Prevalence of mental health problem during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.117
- UNCTAD (2020). *Technical Note Global trade impact of the Coronavirus (COVID-19) Epidemic*. Retrieved from: <https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/ditcinf2020d1.pdf>
- UNCTAD. (2020). Coronavirus Outbreak Has Cost Global Value Chains \$50 billion in Exports, UNCTAD news, 4 March. Retrieved from <https://unctad.org/news/coronavirus-outbreak-has-cost-global-value-chains-50-billion-exports>
- United Nations. (2020). UN leads call to protect most vulnerable from mental health crisis during and after COVID-19. Retrieved from <https://news.un.org/en/tags/mental-health>
- World Health Organization. (2020). *Global epidemiological situation COVID-19*. Retrieved from: <https://reliefweb.int/report/world/coronavirus-disease-covid-19-weekly-epidemiological-update-1december-2020>.
- World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- Zhang, J., Lu, H, Zeng, H., et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun*, 87, 49-50. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127800/pdf/main.pdf>

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

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

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล

การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

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

1.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาว 10-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรเกิน 20 รายการ

1.2 บทความวิชาการ ความยาว 9-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรเกิน 20 รายการ

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

3. **ชื่อผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ (Authors)** ให้ใส่ชื่อครบทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.” ใส่เครื่องหมาย * ต่อท้าย สำหรับ Footnote ได้บทความย่อหรือ Abstract พิมพ์ชื่อตำแหน่งวิชาการ ชื่อหน่วยงานที่สังกัดเรียงจากหน่วยงานย่อยไปหน่วยงานใหญ่ของแต่ละคนให้ตรงกับเครื่องหมาย * ที่กำกับไว้ด้านบน หรือหากมีแหล่งทุนวิจัยและ/หรือเป็นวิทยานิพนธ์ ต้องใส่* หลัง

ชื่อบทความด้วย และให้ระบุ email ของผู้เขียนหรือ ผู้นิพนธ์หลักไว้ในส่วน Corresponding author และเบอร์โทรศัพท์ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.”

4. บทคัดย่อ และ Abstract ต้องมีทั้งบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยพิมพ์แยกหน้าพร้อม Footnote ความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

4.1 บทคัดย่อ ของบทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาวไม่ควรเกิน 250 คำ โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามหัวข้อดังนี้ ดังตัวอย่าง

4.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย (Purpose)

4.1.2 รูปแบบการวิจัย (Design)

4.1.3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

4.1.4 ผลการวิจัย (Main findings)

4.1.5 สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations)

4.1.6 คำสำคัญ (Keywords)

4.2 บทคัดย่อของบทความวิชาการ ความยาวไม่เกิน 200 คำ ทั้งบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทย

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

6. บทความที่ส่งมาพิจารณาตีพิมพ์ ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่า ได้มีการตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว และไม่มีการคัดลอกงานวิชาการ (Plagiarism) ของผู้อื่น รวมทั้งมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน เนื่องจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ให้ความสำคัญมาก “ในด้านจริยธรรม และจรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล 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 หัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.10 การอภิปรายผลวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตาราง 1

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

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

8.1.14 การเขียนเอกสารอ้างอิง (ใช้ระบบนาม, ปี) ใส่เฉพาะรายการที่มีการอ้างถึงในบทความ 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 และนำไปสู่บทสรุปข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล

9. การเขียนอ้างอิง

การเขียนอ้างอิงประเภทต่างๆ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ APA (6th edition) ดังตัวอย่าง

9.1 อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

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

9.2 อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหนังสือ/(น./เลขหน้า)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์. (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก. (2534). การรักษาภาวะหอบหืดเฉียบพลันในเด็ก. ใน สมศักดิ์ โล่เลขา, ชลรัตน์ ติเรกวัชชัย และมนตรี ตูจิงดา (บ.ก.). <i>อิมมูโนวิทยาทางคลินิกและโรคภูมิแพ้</i> (น. 99-103). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
ตัวอย่าง	Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M.H. Bdkkdsiskidik <i>Socioeconomic status, Parenting, and Child development</i> (pp. 29-82). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/พิมพ์ครั้งที่/สืบค้นจาก/URL (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เกรียงศักดิ์ ลาภจตุรพิช. (2558). <i>หมอเจ็บ</i> . สืบค้นจาก http://www.ebooks.in.th/ebook/10427/หมอเจ็บ (ตัวอย่าง7 ตอน)/ Dahlberg, G., & Moss, P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html
หนังสือแปล	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/[ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ]/(ชื่อผู้แปล,ผู้แปล)/พิมพ์ครั้งที่/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	สตีเฟน วิลเลียม ฮอว์คิง. (2552). <i>ประวัติย่อของกาลเวลา ฉบับภาพประกอบ</i> . [The illustrated: A brief history of time]. (ปิยบุตร บุรีคำ และอรรถกฤต ฉัตรภูมิ, ผู้แปล). พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร: มติชน.

9.3 อ้างอิงจากวารสาร

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

9.4 อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ และวิจัย

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)/ชื่อมหาวิทยาลัย/ชื่อเมือง.
ตัวอย่าง	สมหมาย ถิรวิทย์าคม. (2547). <i>ประสบการณ์การนอนทำควาหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอ ประสาทตาลอกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)</i> (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม. Sirinoot Teanrungrroj. (2005). <i>The Development of an innovative integrated approach to ICI-Mediated learning in science</i> (Doctoral dissertation). Srinakharinwirot University, Bangkok.
ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต)/ชื่อมหาวิทยาลัย/สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's thesis)/ชื่อมหาวิทยาลัย/Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	มานพ จันทรเทศ. (2547). <i>การนำเสนอรูปแบบการพัฒนานโยบายของสถาบันราชภัฏ (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต)</i> . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc Bruckman, A. (1997). <i>MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids</i> (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology). Retrieved from http://www-static.cc.gatech.edu/ asb/thesis/
ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต)/สืบค้นจาก/ชื่อฐานข้อมูล/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's thesis)/Available from/database's name/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)
ตัวอย่าง	McNiel, D.S. (2006). <i>Meaning through narrative : A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1434728)

ไทย อังกฤษ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(รายงานผลการวิจัย)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์. สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(Research Report)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	เพ็ญธิดา พงษ์ธานี. (2557). <i>ผลของความรู้ทักษะคุณค่าจรรยาบรรณและทัศนคติในวิชาชีพที่มีต่อสาธารณะของผู้สอบบัญชีภาษีอากร</i> (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). <i>A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through Third Grade</i> (Research Report). Nashville, TN: Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

9.5 รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding) ในรูปแบบหนังสือและออนไลน์

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

9.6 สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

9.6.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (eBook)

รูปแบบไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). <i>หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3-5 ปี</i> . สืบค้นจาก http://drive.google.com/file/d/1HiTWiRh1Er73hVYIMh1cYwzOiaNL_Vc/view Dahlberg, G., & Moss, P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html

9.6.2 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

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

9.6.3 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ปรากฏเลข DOI

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

9.6.4 ข้อมูลจาก Website

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

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

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

10. การส่งบทความ

10.1 ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา และหากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

10.2 ส่งบทความตีพิมพ์ในรูปแบบไฟล์ word และไฟล์ PDF และ “แบบฟอร์มรับรองจริยธรรมการนำเสนอบทความ” จากเว็บไซต์ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php ส่งไปอีเมลของวารสารฯ nursejournal@christian.ac.th หรือ olepingku@gmail.com

11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

11.1 กองบรรณาธิการ จะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุด จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) อย่างน้อย 2 คน ซึ่งกระบวนการประเมินจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือ ผู้ประเมินและผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด เพื่อคุณภาพของบทความ การพิจารณาตัดสินการรับตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการรับตีพิมพ์บทความขึ้นอยู่กับผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสองคน ส่วนการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นกับกองบรรณาธิการวารสารฯ

11.2 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ภายในสถาบัน กองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 2 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.3 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขและส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.4 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.5 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.6 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นการคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ 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 : http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ตัวอย่างบทความวิจัย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย

ศิริพร วงศ์จันทร์ธนณี*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบวัดผลหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย และได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคะแนนความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย (APACHE II) และแบบบันทึกความสำเร็จและระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสถิติที และสถิติไคส์แควร์

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองภายหลังได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) ส่วนอัตราความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจที่มีการดูแลเป็น 3 ระยะ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุลดระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ และสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อเป็นมาตรฐานทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนัก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ, ภาวะหายใจล้มเหลว, ห้องผู้ป่วยหนัก, แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563 หน้า 1-15

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย

Corresponding author, e-mail: prc14293@yahoo.com Tel. 08-6680-1245

วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2563, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 21 พฤษภาคม 2563, วันที่ตอบรับบทความ: 5 มิถุนายน 2563

Effects of Using a Weaning Practice Guideline in Elderly Patients with Respiratory Failure at a Critical Care Unit, Sukhothai Hospital

Siriporn Wongchuntaramanee*

Abstract

Purpose: The purpose of this research was to study the effects of using a ventilator weaning practice guideline for elderly patients with respiratory failure at a critical care unit, Sukhothai Hospital.

Design: Quasi-experimental research, posttest only.

Method: The samples consisted of 60 elderly patients with respiratory failure who had been admitted at the surgical critical care unit, Sukhothai Hospital and were in the process of weaning off a ventilator. A purposive sampling technique was used to recruit the samples, divided into an experimental group and a control group 30 patients for each group. The experimental group received the weaning practice guideline which the researcher developed from evidence-based practice, whereas the control group received the usual weaning practice. Research instruments consisted of a demographic questionnaire, APACHE II score, and a record of weaning time and success. Data were analyzed using descriptive statistic, t test, and chi square.

Main finding: The results revealed that the experimental group after receiving the weaning practice guideline for elderly patients, the mean score of weaning time was shorter than the control group. When comparing their mean scores of weaning time, there were no significant difference. ($p > .05$). However, the experimental group had significantly higher weaning success rate than the control group ($p < .05$).

Conclusion and recommendation: These findings suggest that the weaning practice guideline including 3 phases of care can reduce weaning time and increase weaning success rate for elderly patients. Therefore, nurses and health care providers should utilize this weaning practice guideline for caring patients when weaning off ventilator to enhance nursing standard in critical care unit.

Keywords: Elderly patient, Respiratory failure, Critical care unit, Weaning practice guideline

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(1), 1-15

* Register Nurse at Surgical Critical Care Unit, Sukhothai Hospital

Corresponding author, e-mail: prc14293@yahoo.com

Tel. 08-6680-1245

Received: 10 April 2020,

Revised: 21 May 2020,

Accepted: 5 June 2020

ตัวอย่างบทความวิชาการ

บริโภคอาหารอย่างไรให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโควิด-19

อัจฉรา ศรีสุภกรกรกุล*, วงศ์วิวัฒน์ ทศนียกุล**

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่ทำให้เกิดอาการปอดอักเสบรุนแรงจนผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และมีการระบาดไปทั่วโลกจนมีผู้เสียชีวิตนับแสนคน ดังนั้นการดูแลให้ร่างกายมีภาวะโภชนาการดี เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันจากภายในของบุคคล ด้วยการปฏิบัติตามหลักโภชนาบัญญัติ และธโภชนาการที่เน้นคุณภาพของชนิดอาหารที่บริโภคในแต่ละวันแต่ละมื้อให้ครบ 5 หมู่ และหลากหลายชนิด และปริมาณพลังงานที่เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานในแต่ละวันอย่างสมดุล ควรเน้นการรับประทานพืชผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน รวมทั้งสมุนไพรต่างๆ ควบคู่ไปกับโปรตีนคุณภาพ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง อาหารหวานและอาหารเค็มจัด และที่สำคัญมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 คือการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะและปรุงสุกใหม่ๆ ใช้ช้อนกลาง แยกชุดอาหารแบบจัดเฉพาะคนที่ยึดหลักงานอาหารสุขภาพและการเว้นระยะห่างในการรับประทานอาหารเพื่อลดโอกาสในการได้รับเชื้อจากผู้อื่น รวมทั้งการงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ และเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อจากการใช้ภาชนะเดียวกัน ดังนั้นหากปฏิบัติได้ดังที่กล่าวมาจะทำให้ปลอดภัยและห่างไกลจากโควิด-19

คำสำคัญ : การบริโภคอาหาร, โภชนาการ, โรคโควิด-19

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563 หน้า 66-76

* อาจารย์ผู้รับผิดชอบ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** รองศาสตราจารย์ อาจารย์พิเศษ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author, e-mail: achara_man@hotmail.com

Tel. 081-309-3800

วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2563, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 21 พฤษภาคม 2563, วันที่ตอบรับบทความ: 15 มิถุนายน 2563

Eating Habits for Staying Safe from COVID-19

Achara Srisuponkonkul*, Wongwiwat Tassaneeyakul**

Abstract

COVID-19, a novel respiratory disease caused by new *Coronavirus* leading to severe pneumonitis and dead in severe cases. This disease has been pandemic and caused several hundreds of thousands lives. Good eating habits such as Thai Food- Based Dietary Guidelines and Nutrition flag which focus on quality of food intake daily, could promote healthy nutritional status and strengthened innate immunity. It is recommended that for each meal, comprehensive and several types of food source with balance energy appropriate to individual daily activity, should be intake. Fruit and vegetable with some herb and quality protein such as fish, low fat meat, egg, legume, and nuts should be regularly consumed. Try to avoid high-fat, high-sugar and salty food, because they can deteriorate health. During this COVID-19's pandemic it is also quite important to intake healthy, freshly-prepared food while using individual spoon, and separate dishes. During the meal, try to keep distant spacing among persons to reduce chance of infection. Alcohol beverages could deteriorate health and increase chance of infection from sharing glasses or bottles. As we keep on practicing these good eating habits we shall be safe and stay away from this dangerous COVID-19.

Keywords: Eating habits, Nutrition, COVID-19

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(1), 66-76

* Instructors, Responsible for the Bachelor of Nursing Science Program , College of Nursing,
Christian University of Thailand

** Assoc. Prof. Dr., Special Instructor, Khon Kaen University

Corresponding author, e-mail: achara_man@hotmail.com Tel. 081-309-3800

Received: 10 April 2020, Revised: 21 May 2020,

Accepted: 15 June 2020

† มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม
อ.เมือง จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 0-3438-8555

† ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์
อาคารสำนักงานสภาคริสตจักรในประเทศไทย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

† คณะคริสตศาสนศาสตร์
71 ซอยวชิรธรรมสาธิต 37 ถนนสุขุมวิท 101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th