

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.

e8fb9ff1e3d0f050b173c5d19fbd86b653fc1ae3cfd6748164f0d08025f69d38

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



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2565 Vol. 9 No. 1 January-June 2022

ISSN 2408-0934



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2565

Vol. 9 No. 1 January-June 2022

ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา :

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย | สิงห์ช่างชัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.อะเคื้อ | อุณหเลขกะ |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี | อัศตริวิเศษ |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ | อารีย์ |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ | เตชะบุญเสริมศักดิ์ |
| 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 | กัลมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช | บุญยัง | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 8. รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล | นิมิตรอนันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ | รวีวรกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร | คำผลศิริ | สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนนท์ | วรรณศิริ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก | ศรีทุมมา | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร | รุจนเวช | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 14. อาจารย์ ดร.ปัญญนุช | พิมพ์ใจใส | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

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

นโยบาย (Open access policy)

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

จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)

หน้าที่ของผู้เขียน

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

หน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการ ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมิน และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ
2. พิจารณาคัดเลือกบทความตีพิมพ์ในวารสาร รวมทั้งพิจารณาบทความที่ผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
3. ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ 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 : คณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลอนนทยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

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

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

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

จัดรูปเล่ม : ฝ่ายเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กรและการตลาด มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer)

1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. รองศาสตราจารย์ ดร.กนิษฐา	จำรูญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา	ประจุศิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา	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.สุภาพ	อารีเอื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
11. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี	ชีวะเกษมสุข	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
12. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีมณฑา	นิยมคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
13. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรัตน์	เจริญสันติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14. รองศาสตราจารย์ ดร.นงคราญ	วิเศษกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
15. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร	กฤษเจริญ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร	คำผลศิริ	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล	ปทุมรักษ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา	ต่อสกุลแก้ว	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร	บุญญโสพรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา	แดงด้อมยุทธ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	พูลรักษ์	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
25. อาจารย์ ดร.กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ Editor's Message	๗
บทความวิจัย	
❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ต่อองค์การเคลื่อนไหวข้อไหล่ อาการปวดไหล่ และความพึงพอใจ ของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด	ฐิติมา หมอทรัพย์ Thitima Morsup 1-19
The Effectiveness of “Reinforcement Wheel” Innovation Nursing Program on Range of Motion of Shoulder, Shoulder Pain and Satisfaction in Frozen Shoulder Risk Group	
❖ ผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์ที่มีต่อ ความรู้ ทักษะ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง	ศิริพร พูลรักษ์ Siriporn Poonruksa 20-38
The Effects of E-cigarette Smoking Cessation Online Program on Knowledge, Attitude, and Intention to Quit among Student Smokers of a Private University	
❖ การสังเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง	ศากุล ช่างไม้ Sakul Changmai 39-58
Synthesis of Self Quality Assessment Report of Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing at a Private University	
❖ ความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ได้รับการ ฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของ โรคโควิด-19: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตำรวจ	ดรุณี เตื่องวิวัฒน์ Daruni Tuengviwat 59-76
Stress and Coping of Nurses Trained Basic Life Support in the Situation of COVID-19 Pandemic: A Case Study of Police General Hospital	
❖ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม	นวลจันทร์ कुสุวรรณ Nuanjan Kusuvan 77-96
The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Patients with Total Knee Arthroplasty	

สารบัญ		หน้า
บทความวิชาการ		
❖ การสร้างความตระหนักและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด ละ เลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์ Tippawan Teerasiroj	97-113
Raising Awareness and Promoting Behavior Change to Reduce and Stop Smoking in Patients with Chronic Non-Communicable Diseases		
❖ การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีความเหนื่อยล้า	ณจิต วงศ์ชัย Nachit Wongchai	114-129
Nursing Care of Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Having Fatigue		
❖ แนวปฏิบัติในการดูแลภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันสมองเสื่อม	วรรณดี สุทธิศักดิ์ Wandee Sutthisak	130-142
Nutritional Care Guidelines for the Elderly to Prevent Dementia		
❖ บทบาทการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่อุปกรณ์อ้อมม้าม	ธนัชพร ผลทวีชัย Thanachporn Pholtaweechai	143-158
Roles of Nurses in Caring for Patients Undergo Ommaya Reservoir Placement		

บทบรรณาธิการ

จากการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI) สำหรับวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 4 พ.ศ.2563-2567 วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการประเมินให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 2 (TCI Tier 2) โดยศูนย์ TCI รับรองคุณภาพของวารสาร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ฯ ได้พัฒนาวารสารอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายคุณภาพต่อไปคือการอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) จึงได้ส่งข้อมูลประเมินคุณภาพวารสารในรอบที่ 4 พ.ศ. 2563-2567 ครั้งที่ 3 (2565-2567) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมา ขณะนี้อยู่ระหว่างการประเมินผลการดำเนินงานของวารสารฯ

สำหรับวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ในของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง การสังเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม และความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ได้รับ การฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตำรวจ รวมถึงบทความวิชาการเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด ละ เลิก บุหรี่ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวปฏิบัติในการดูแลภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันสมองเสื่อม ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และบทบาทการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดใส่อุปกรณ์ ออมนายา บทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้ง ด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน และการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการได้

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

บรรณาธิการ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ต่อองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ อาการปวดไหล่ และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด*

ฐิติมา หมอทรัพย์**, วิชุดา กลั่นหอม**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อ 1) เปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และอาการปวดไหล่ของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติดระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” และ 2) ศึกษาความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมฯ ของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติดในชุมชนจังหวัดราชบุรี คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” และคู่มือการใช้นวัตกรรมฯ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ดิจิทัลโกนิโอมิเตอร์ แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ แบบประเมินอาการปวด และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และอาการปวดไหล่ เท่ากับ 0.74 และ 0.76 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และอาการปวดไหล่ เท่ากับ 0.85 และ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย : พบว่า ภายหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เพิ่มขึ้นในทุกทิศทาง และอาการปวดไหล่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมฯ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 66.70) และกลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มระยะเวลาในการใช้นวัตกรรมฯ ให้นานขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : นวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” จัดเป็นอุปกรณ์ที่สามารถใช้บริหารข้อไหล่ในกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด และช่วยลดอาการปวดไหล่ได้

คำสำคัญ: วงล้อเสริมแรง, นวัตกรรม, องศาการเคลื่อนไหว, อาการปวดไหล่, ภาวะข้อไหล่ติด

The Effectiveness of “Reinforcement Wheel” Innovation Nursing Program on Range of Motion of Shoulder, Shoulder Pain and Satisfaction in Frozen Shoulder Risk Group*

Thitima Morsup**, Wichuda Khinhom**

Abstract

Purpose: To 1) to compare the range of motion of the shoulder, and shoulder pain in frozen shoulder risk group before and after participation in a nursing innovation program "Reinforcement Wheel", and 2) to study the satisfaction on the nursing innovation program in frozen shoulder risk group.

Design: Quasi-experimental research with one-group, pretest-posttest design.

Method: The sample was 30 participants in frozen shoulder risk group, purposively selected from a community in Ratchaburi Province. The research instruments were divided into two parts as follows: 1) The experimental equipment consisted of a Nursing innovation program, "Reinforcement Wheel", and a manual of the innovation, and 2) Instruments for data collection, consisted of personal data questionnaire, a digital goniometer, the range of motion assessment, a pain scale, and satisfaction assessment. The content validity of the range of motion and pain scale assessment were 0.74 and 0.76, the reliability of the range of motion and pain scale assessment were 0.85 and 0.90. Data were analyzed by descriptive statistics and One-way Repeated Measures ANOVA.

Main findings: The research results showed that the samples had significantly increased range of motion of the shoulder, and decreased shoulder pain ($p < 0.05$). Most of them had a high level of satisfaction on the nursing innovation program (66.70 %). They suggested that there should be longer period in using the innovation.

Conclusion and recommendation: The innovative "Reinforcement Wheel" is an equipment that could be used with close monitoring for shoulder exercise in frozen shoulder risk groups.

Keywords: Reinforcement wheel, Innovation, Range of motion, Shoulder pain, Frozen shoulder

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ข้อไหล่เป็นข้อที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยกระดูก 3 ส่วน ได้แก่ กระดูกต้นแขน (Humerus) กระดูกสะบัก (Scapular) และกระดูกไหปลาร้า (Clavicle) โดยมีเยื่อหุ้มข้อไหล่เป็นตัวยึดข้อต่อเข้าด้วยกัน และมีน้ำไขข้อเป็นตัวช่วยหล่อลื่นเพื่อให้เคลื่อนไหวได้ง่ายมากขึ้น แต่เมื่อเกิดภาวะข้อไหล่ติดซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจนเป็นเหตุให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้ตามปกติ ทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวัน จากรายงานการศึกษาของสถาบันการศึกษาศัลยแพทย์กระดูกและข้อของอเมริกา (The American Academy of Orthopaedic Surgeons) (Athwal & Wider, 2021) พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะข้อไหล่ติดประมาณร้อยละ 2-5 ของประชากรโดยทั่วไป และมักพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยเกิดกับเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ณัฐธิดา ตันติศิริวัฒน์, 2560; Ramirez, 2019) และร้อยละ 20-50 ไม่สามารถหายได้เอง (จันทิรา หงส์พิพัฒน์, 2562)

ภาวะข้อไหล่ติด (Frozen shoulder joint) เกิดจากการอักเสบและหนาตัวของเยื่อหุ้มข้อไหล่ (Glenohumeral joint capsule) และเส้นเอ็นรอบๆ ข้อไหล่ (Coracohumeral ligament) (Eid, 2012) ปกติเยื่อหุ้มข้อไหล่จะค่อนข้างยืดหยุ่นและสามารถขยายตัวหรือหดตัวตามการขยับของข้อไหล่ได้ แต่เมื่อเกิดภาวะข้อไหล่ติดขึ้น เยื่อหุ้มข้อไหล่จะมีการอักเสบและหดตัวจนไม่สามารถยืดหยุ่นได้เหมือนเดิม ทำให้ขยับข้อไหล่ได้ลดน้อยลง เป็นเหตุให้เกิดอาการปวดที่ไหล่ และอาการปวดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้น จน

ทำให้งานการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ค่อยๆ ลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้สุด ไม่ว่าจะทำเองหรือให้ผู้อื่นช่วยขยับ กระทั่งเกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในทิศทางต่างๆ (Ramirez, 2019) อาการปวดและความผิดปกติของข้อไหล่ส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต สร้างความไม่สุขสบายเนื่องจากข้อไหล่เป็นข้อที่มีความจำเป็นต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การแต่งตัวและการใช้งานทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่ต้องยกมือขึ้นเหนือศีรษะ ภาวะข้อไหล่ติดมักเกิดกับผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุที่หัวไหล่ แขนหัก ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดที่หัวไหล่ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งมีแนวโน้มเกิดอาการไหล่ติดมากเป็น 2 เท่าของคนปกติ (Barua & Chowdhury, 2014) รวมถึงผู้ที่มีการเคลื่อนไหวน้อย เช่น ผู้สูงอายุ (Van & Van, 2014) ผู้ป่วยติดเตียงส่วนมากมีอาการเจ็บหรือปวดในลักษณะตื้อๆ ปวดตื้อๆ บริเวณด้านนอกของหัวไหล่และต้นแขนด้านใน บางรายจะปวดมากในช่วงแรกและเมื่อมีการขยับแขนจะขยับแขนลำบาก ปกติจะเริ่มจากมีอาการน้อยไปจนถึงอาการมาก ทำให้ไม่สามารถยกแขนขึ้นเหนือศีรษะหรือเอื้อมแขนหยิบสิ่งของต่างๆ ได้ (Whelton & Peach, 2018; Killian, Cavinatto, Galatz & Thomopoulos, 2012) ระยะของอาการข้อไหล่ติดแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะปวด (Painful phase) ระยะข้อติด (Stiff phase) และระยะฟื้นตัว (Recovery phase) (รัฐชิตา ภิมาล, 2562) ทำให้เกิดผลกระทบ เรื่องความวิตกกังวล ทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด แม้ว่าจะเป็นอาการที่ไม่ร้ายแรง หากไม่ได้รับการรักษาแก้ไขอาจจะลุกลามเป็นปัญหาใหญ่ต่อ

การเคลื่อนไหวข้อไหล่อย่างถาวร การรักษาในระยะแรกจะเน้นการรักษาเพื่อลดอาการปวดได้แก่ การรับประทานยาแก้ปวด และยาต้านการอักเสบ (Analgesic drugs) โดยใช้อยู่ในกลุ่ม (Non-Steroidal Anti Inflammation Drugs; NSAIDS) ในปริมาณที่น้อยที่สุดและระยะเวลาสั้นที่สุด การฉีดยาสเตียรอยด์ที่ข้อไหล่ (Intra articular corticosteroid injections) การรักษาทางกายภาพบำบัด (Physical therapy) หากอาการข้อไหล่ติดไม่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษามาแล้ว 6 เดือน อาจพิจารณาใช้วิธีการตัดตึงภายใต้การใช้ยาระงับความรู้สึก (Manipulation under anesthesia) หรือการผ่าตัดด้วยกล้อง (Arthroscopic capsular released) เพราะสามารถพักฟื้นได้เร็ว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง และสามารถทำกายภาพหลังผ่าตัดได้ทันที

การรักษาข้อไหล่ติดที่ดีที่สุดคือการบริหารข้อไหล่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาดิตต่อกันประมาณ 6 สัปดาห์ถึง 3 เดือน (Eid, 2012) นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาโดยการให้โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยเพื่อออกกำลังกายที่บ้านซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการรักษาภาวะข้อไหล่ติด เป็นแนวทางในการรักษาแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น (Cadogan & Mohammed, 2016) มีข้อมูลรายงานว่าผู้ป่วยที่มีภาวะข้อไหล่ติดหากไม่ได้รับการรักษาจะมีโอกาสที่หายเองได้ แต่ต้องใช้เวลาประมาณ 2 ปี 7 เดือน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะได้รับการรักษาเพื่อให้ข้อไหล่กลับมาใช้งานได้ดังปกติก่อนระยะเวลาดังกล่าว นอกจากนี้การขยับข้อ (Joint mobilization) การบริหารข้อไหล่ การตัดไหล่จะช่วยเพิ่มพิสัยของข้อไหล่ รวมถึงการรักษา

ด้วยความร้อนลึก (Short wave diathermy) การใช้คลื่นเหนือเสียงความถี่สูง (Ultrasonic) (Chan, Pua & How, 2017; Lewis, 2015) และการนวด (ณัฐนันท์ อุษายพันธ์ และโสภิตา สันจุมิตร, 2560) จากการศึกษาของสายใจ นกหนู มณีภรณ์ บกสวัสดิ์ และมุคคิส อามะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่ออาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อไหล่ยึดติด ความถี่ของการออกกำลังกายควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ทั้งนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการรักษาอาการปวดไหล่ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยให้ทำท่าออกกำลังกายเพื่อบริหารข้อไหล่เป็นชุด ชุดละ 3 ท่า ทำชุดละ 3 ครั้ง และฝึกอย่างน้อย 2 ชุดต่อสัปดาห์ (ณัฐธิดา ตันติศิริวัฒน์, 2560) ปัญหาเรื่องการขาดความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายจะเป็นอุปสรรคของการหาย การบริหารข้อไหล่จัดว่าเป็นการรักษาภาวะข้อไหล่ติดที่ดี เช่น การใช้ Theraband ซึ่งเป็นแผ่นยางที่มีความหนืดหลายระดับ ที่ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของ Joint capsule และกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อไหล่ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Rotator cuff และกล้ามเนื้อกลุ่ม Scapular stabilizers

การบริหารข้อไหล่สามารถทำได้โดยใช้อุปกรณ์ประดิษฐ์ เช่น วงล้อจักรยานที่นำมาประดิษฐ์เป็นอุปกรณ์ในการบริหารข้อไหล่ (ณัฏกานต์ อินต๊ะรินทร์ และสาโรจน์ ประพรมมา, 2561) และใช้อุปกรณ์ยึดติดผนังที่ออกแบบให้มีแกนพร้อมด้ามจับหมุนได้โดยรอบ (Chang, Chang, Chang & Chou, 2012) ซึ่งให้ผลดีในการแก้ไขข้อไหล่ติด ทั้งนี้จากรายงานการปฏิบัติงาน

ในชุมชนพบว่า ปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในชุมชน ได้แก่ อาการข้อไหล่ติด (กนกพร ก่อวัฒนมงคล, 2562) ซึ่งหากปล่อยจนเกิดการติดของข้ออย่างถาวรจำเป็นต้องรักษา ด้วยการผ่าตัดซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งมีผลกระทบต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพหลายประการ ผู้วิจัยจึงเกิดแนวคิดในการต่อยอดเป็นนวัตกรรมในครั้งนี้โดยสร้างจากวงล้อจักรยาน พัฒนาเป็นนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” โดยนำวงล้อจักรยานมาประดิษฐ์เป็นนวัตกรรมฯ มีการติดตั้งเกียร์รถจักรยานเพื่อเพิ่มความฝืดทำให้เกิดแรงต้านขณะหมุนและได้กำหนดการใช้งานในรูปแบบของโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมฯ เพื่อช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ เป็นการแก้ไขภาวะข้อไหล่ติด และช่วยลดอาการปวดไหล่ด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และอาการปวดไหล่ของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง”
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมฯ ของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมฯ กลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติดมีองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เพิ่มขึ้น

2. หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมฯ กลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติดมีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดข้อไหล่ลดลง

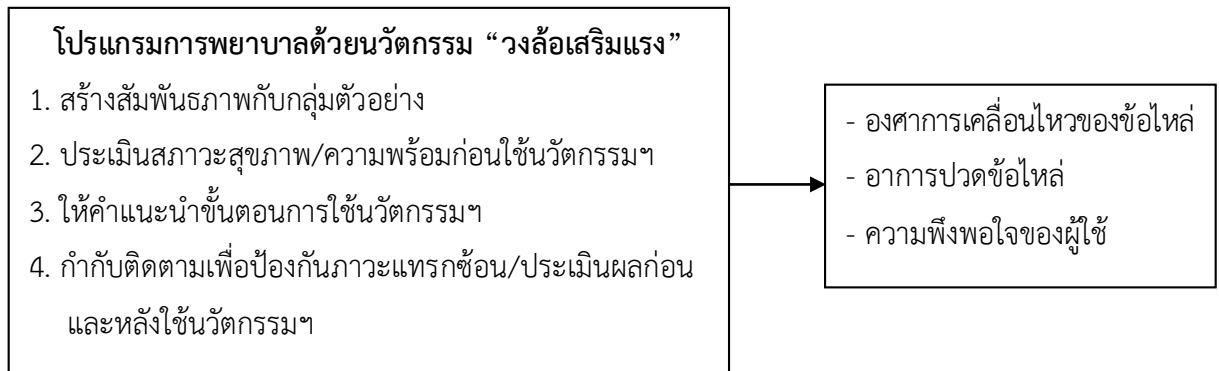
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้เริ่มจากผู้วิจัยคิดประดิษฐ์ นวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาล (Innovation in nursing) ที่พัฒนาต่อยอดมาจากงานวิจัย ในประเทศไทยและต่างประเทศ (ณัชกานต์ อินตะรินทร์ และสาโรจน์ ประพรมมา, 2561; Chang, Chang, Chang & Chou, 2012) เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติดในชุมชน ในรูปแบบการให้บริการทางการพยาบาลที่มุ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น เป็นบริการที่สะท้อนถึงศักยภาพของวิชาชีพและสมรรถนะของพยาบาลผู้สร้างสรรค์นวัตกรรม (Kaya, Turan & Aydin, 2016) ใช้แนวคิดการสร้างนวัตกรรมฯ จากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence- Based Practice: EBP) (Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford & Kaplan, 2012) โดยเริ่มจากการพบปัญหาข้อไหล่ติดในชุมชน จึงดำเนินการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการวิเคราะห์ความต้องการใช้นวัตกรรมของกลุ่มเป้าหมาย การค้นคว้างานวิจัย การออกแบบนวัตกรรมเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย การทดสอบและการประเมินผล จนได้นวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของโปรแกรมการพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้

โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Kaya, Turan & Aydin, 2016) ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความ

ไว้วางใจ (Trust & Relationship) 2) การประเมินสภาวะสุขภาพและ/ความพร้อมก่อนใช้นวัตกรรมฯ (Assessment) 3) การสอนให้ความรู้และการฝึกทักษะการใช้นวัตกรรมฯ (Health Teaching & Health product innovation usage & skill

training) และ 4) การกำกับติดตามและการประเมินผล (Monitoring & Evaluation) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาปรับเป็นโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากแนวคิดนวัตกรรมการพยาบาลชุมชน
(Kay, Turan & Aydin, 2016)

โดยกำหนดวิธีการใช้นวัตกรรมดังนี้
1) บริหารข้อไหล่ด้วยนวัตกรรมฯ ทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ทำติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการบริหาร (ณัฐฐิยา ตันติศิริวัฒน์, 2560) 2) การบริหารต้องทำทั้งสองข้างๆละ 3 ชุด 3) ในแต่ละครั้งของการบริหาร กลุ่มตัวอย่างหมุนวงล้อเดินหน้าจำนวน 20 รอบ และหมุนกลับจำนวน 20 รอบ จากนั้นสลับข้างนับเป็น 1 ชุด และ 4) ทำซ้ำ อีก 2 ครั้ง นับรวมเป็น 3 ชุด

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติดที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชนจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียวของ Cohen (1998) และ Jaccard & Becker (1990) ที่แอลฟา (α) เท่ากับ .05, power เท่ากับ .80 effect size เท่ากับ .50 พบว่าได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G-Power เท่ากับ 25 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Gupta, Attri, Singh, Kaur & Kaur (2016) เป็น 30 ราย และมีตัวอย่างขอลอนตัวออกจากการวิจัย 1 ราย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 1 ราย จนได้ตัวอย่างครบ จำนวน 30 ราย เมื่อสิ้นสุดกรอบเวลาของการวิจัย

คุณสมบัติการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ วัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จากการตรวจท่ากางแขน (Abduction) มืองศาการเคลื่อนไหว น้อยกว่า 170 องศา หรือ วัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จากการตรวจท่างอข้อไหล่ (Flexion) มืองศาการเคลื่อนไหว น้อยกว่า 160 องศา สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และสามารถยืนได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปต้องได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คุณสมบัติการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สะดวก/ไม่สามารถใช้วงล้อได้ครบตามเวลาที่กำหนดในโปรแกรม และเกิดอุบัติเหตุขึ้นในระหว่างการใช่วงล้อ จนทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่ต้องไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อ และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลฯ ต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณไหล่ ข้อไหล่ข้างที่มีอาการติดและระยะเวลาที่มีอาการข้อไหล่ติด

1.2 แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ (Range of Motion) ประกอบด้วย Digital goniometer 200 มิลลิเมตร แบบบันทึกการประเมินองศาการเคลื่อนไหว และเครื่องมือการประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตนเอง

ของกลุ่มตัวอย่าง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557) (ใช้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบการเปลี่ยนแปลงขององศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตนเอง ใช้วัดได้เฉพาะท่ากางแขน และท่าหุบแขน) การประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ มีการประเมิน 6 ท่า ได้แก่

1. Abduction (ท่ากางแขน) ให้กลุ่มตัวอย่างกางแขนออกให้สุด โดยไม่ให้ลำตัวเอียง ค่าปกติ 170-180 องศา

2. Adduction (ท่าหุบแขน) ให้กลุ่มตัวอย่างหุบแขนไปข้างหน้าแนบกับลำตัวให้สุด โดยไม่ให้ลำตัวเอียง ค่าปกติ 30-50 องศา

3. Flexion (ท่ายกแขนไปข้างหน้า) ให้กลุ่มตัวอย่างยกแขนเหยียดตรงไปข้างหน้าให้สุด โดยไม่หมุนหรือออลำตัว ค่าปกติ 170-180 องศา

4. Extension (ท่ายกแขนไปข้างหลัง) ให้กลุ่มตัวอย่างยกแขนเหยียดตรงไปข้างหลังให้สุด โดยไม่หมุนหรือออลำตัว ค่าปกติ 45-60 องศา

5. Internal rotation (ท่างอศอก ตั้งฉากและหมุนแขนท่อนปลายลง) ให้กลุ่มตัวอย่างงอศอก 90 องศา กางไหล่ 90 องศา หรือให้ต้นแขนขนานกับพื้น สันมือชี้ลงพื้น แล้วหมุนแขนท่อนปลายลงให้สุด โดยกางไหล่ และมุมของศอกยังคงเป็น 90 องศาเหมือนเดิม ค่าปกติ 70-90 องศา

6. External rotation (ท่างอศอก ตั้งฉากและหมุนแขนท่อนปลายขึ้น) ให้กลุ่มตัวอย่างงอศอก 90 องศา กางไหล่ 90 องศา หรือให้ต้นแขนขนานกับพื้น สันมือชี้ลงพื้น แล้วหมุนแขนท่อนปลายขึ้นให้สุด โดยกางไหล่ และมุมของศอกยังคงเป็น 90 องศาเหมือนเดิม ค่าปกติ 90 องศา (สายใจ นกหนู และคณะ, 2561; Morrison, 2020)

1.3 แบบประเมินอาการปวด ด้วย Face pain rating scale (Garra, Singer, Domingo & Thode, 2013) แบ่งเป็น 6 ระดับ (0, 2, 4, 6, 8, และ 10) จาก 0 (ไม่ปวดเลย) ถึง 10 (ปวดมากที่สุด)

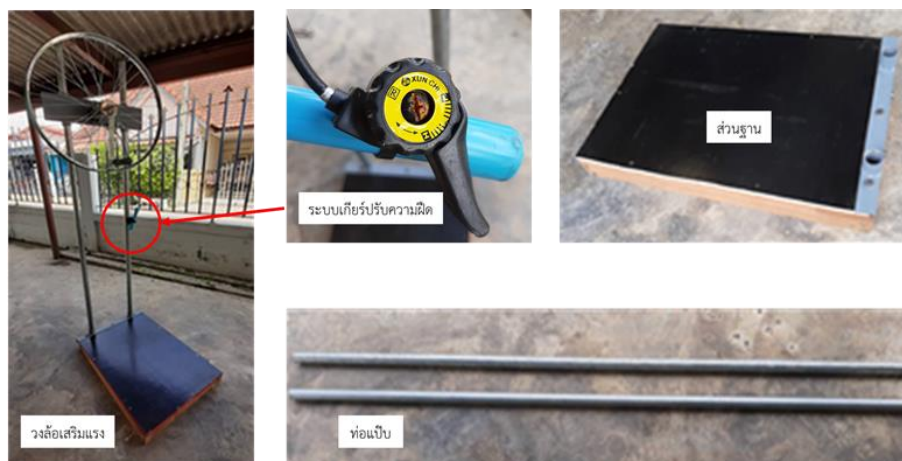
1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมเมื่อสิ้นสุดการใช้นวัตกรรมโดยตามระดับความพึงพอใจของการใช้นวัตกรรมเพียงข้อเดียวแบ่งเป็น 5 ระดับ จาก 1 (พึงพอใจน้อยมาก) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” โดยเริ่มจากการสร้างความไว้วางใจและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ อาการปวดไหล่ก่อนใช้โปรแกรม จากนั้นติดตั้งนวัตกรรมฯ ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างหรือสถานที่ใกล้เคียงที่กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมฯ ได้สะดวก และให้ความรู้ในการใช้นวัตกรรมฯ เพื่อแนะนำการใช้นวัตกรรมฯ ที่ถูกวิธี รวมถึงข้อควรปฏิบัติ และข้อควรระวังในการใช้ ปรับปรุงความสูงและความเด้งของวงล้อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้นวัตกรรมฯ ตามโปรแกรมฯ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้ นวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ การประเมินองศาการ

เคลื่อนไหวข้อไหล่และอาการปวดไหล่ ประเมินด้วยผู้วิจัยในครั้งแรกก่อนใช้โปรแกรมฯ และหลังใช้โปรแกรมฯ 2 และ 4 สัปดาห์ รายละเอียดของการใช้นวัตกรรมฯ ในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) ให้กลุ่มตัวอย่างหันด้านข้างเข้าหาหน้าวัดกรรม ปรับระดับความสูงให้พอดีกับช่วงแขน 2) ปรับด้ามจับระยะหมุน และความเด้งของล้อตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง 3) หมุนวงล้อเดินหน้าจำนวน 20 รอบ และหมุนกลับจำนวน 20 รอบ จากนั้นสลับข้างนับเป็น 1 ชุด และ 4) ทำซ้ำตามข้อ 3 อีก 2 ครั้ง นับรวมเป็น 3 ชุด

2.2 นวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ดังภาพที่ 2 ประดิษฐ์จากวงล้อจักรยาน (ณัฏกานต์ อินต๊ะรินทร์ และสาโรจน์ ประพรมมา, 2561) โดยใช้หลักการแบบเดียวกับงานของ ชางและคณะ (Chang et al, 2012) ที่วงล้อจักรยานสามารถหมุนได้โดยรอบจากการติดตั้งระบบเกียร์จักรยาน สำหรับปรับระดับความเด้งหรือแรงต้านตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อไหล่ (ปิยภรณ์ รุ่งโสภาสกุล, เจริญ กระบวนรัตน์, และราตรี เรืองไทย, 2557) ตัววงล้อยึดติดบนท่อแป๊บ 2 ท่อน ซึ่งติดตั้งบนส่วนฐาน สามารถถอดแยกชิ้นส่วน เป็นตัววงล้อ ท่อแป๊บ และส่วนฐานเพื่อง่ายแก่การนำไปติดตั้งให้กลุ่มตัวอย่างใช้นวัตกรรมมีจำนวน 6 ชุด ทุกชุดใช้วัสดุชนิดเดียวกันและมีขนาดของส่วนประกอบทุกอย่างเท่ากันทุกประการ



ภาพที่ 2 นวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง”

2.3 คู่มือการใช้งานนวัตกรรมฯ ประกอบด้วย คำแนะนำทั่วไปก่อนการใช้นวัตกรรมฯ ได้แก่ การแต่งกายโดยสวมใส่เสื้อที่สะดวกในการยกแขน เพื่อหมุนวงล้อนวัตกรรมฯ ได้สะดวก ตำแหน่งการยืนขณะใช้นวัตกรรมฯ การปรับระยะความสูงของวงล้อที่เหมาะสม การปรับความฝืดของวงล้อ การปรับด้ามจับระยะหมุน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” เมื่อประกอบนวัตกรรมฯ แล้วเสร็จ ผู้วิจัยได้ทดสอบประสิทธิภาพโดยให้บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังกุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมฯ ตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินลักษณะของโครงสร้าง ความเหมาะสมต่อการใช้งาน และด้านคุณค่า ผลการประเมินไม่มีคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยจึงนำนวัตกรรมฯ ไปประกอบเป็นโปรแกรมการ

พยาบาลด้วยนวัตกรรมฯ ไปทดสอบกับกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด จำนวน 5 ราย ในแต่ละรายใช้เวลาในการทดสอบ 1 เดือน ซึ่งพบว่า การทดสอบใช้กับกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติดสามารถใช้ได้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ แบบประเมินอาการปวดไหล่ และแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์กายภาพบำบัด 1 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item Objective Congruence) ของแบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และอาการปวดไหล่ เท่ากับ 0.74 และ 0.76 และภายหลังที่ได้ไปทดสอบกับกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด จำนวน 5 ราย ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ และอาการปวดไหล่ เท่ากับ 0.85 และ 0.90 แบบประเมินความพึงพอใจไม่สามารถตรวจสอบได้ เพราะเป็นการถามครั้ง

เดียวเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การตรวจสอบความเที่ยงของผู้ประเมินด้านการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ วัดองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทางต่างๆ ผลตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ Intraclass correlation coefficient ใช้ผู้วิจัยคนเดียวเป็นผู้วัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ความเที่ยงได้ค่าเท่ากับ 1.00

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังกุ่ม ตำบลโพหัก อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นให้

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างและผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ชี้แจงรายละเอียดของการเก็บข้อมูล การดำเนินการวิจัย และชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย

3. ผู้วิจัยติดตั้งนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ถาวรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังกุ่ม 1 ชุด และอีก 5 ชุด ติดตั้งที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกมาใช้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

โดยการดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเป็นตามขั้นตอนในรายละเอียดของโปรแกรมการพยาบาลฯ ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 วันแรกของสัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกทิศทางด้วยดิจิทัลเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ ประเมินอาการปวดไหล่ ประกอบติดตั้งนวัตกรรมฯ ให้คำแนะนำขั้นตอนการใช้นวัตกรรมฯ ปรับความสูงและความเด้งของวงล้อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างบริหารข้อไหล่ตามโปรแกรมที่กำหนดในคู่มือการใช้นวัตกรรมฯ กำกับดูแลระหว่างการใช้เพื่อป้องกันการบาดเจ็บหรือภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลา 1.5-2 ชั่วโมง

3.2 ครั้งที่ 2 ภายในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อกำกับดูแลให้การใช้นวัตกรรมฯ เป็นไปตามโปรแกรมฯ และประเมินการบาดเจ็บหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้นวัตกรรมฯ รับฟังข้อคิดเห็นหรือความต้องการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมฯ ได้แก่ การปรับระดับความสูง หรือความเด้งให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในระยเวลานั้นๆ ใช้เวลา 15-30 นาที

3.3 ครั้งที่ 3 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 ประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกทิศทางและอาการปวดไหล่ เป็นการประเมินภายหลังการใช้โปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที

3.4 ครั้งที่ 4 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกทิศทาง อาการปวดไหล่ ประเมินความพึงพอใจ

และรับฟังข้อเสนอแนะต่างๆ เป็นการประเมินภายหลังการใช้โปรแกรมฯ ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที

4. การให้คำแนะนำ การประเมินสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้โปรแกรมฯ และการประเมินผลภายหลังการใช้โปรแกรมฯ 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - ตุลาคม พ.ศ. 2563

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัย คริสเตียน เลขที่ 21/7/ 2563 ลงวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2563 มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้หากระหว่างการทดลองเกิดปัญหา หรือภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะหยุดกิจกรรมต่างๆ และให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดีตั้งแต่การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางหากจำเป็น อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการใช้นวัตกรรม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจก่อนใช้โปรแกรมฯ ในภาพรวม ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ 2 ตัวแปร ได้แก่ องค์การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และอาการปวดไหล่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลฯ และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 และ 4 สัปดาห์ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measurement ANOVA) การกระจายของข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) มีความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) ของการเปลี่ยนแปลงองค์การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และอาการปวดในการวัดแต่ละครั้งไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.30) อายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี (ร้อยละ 30.00) มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปจำนวน 12 คน ดัชนี ADL เท่ากับ 12 (ร้อยละ 23.30) และเท่ากับ 20 (ร้อยละ 16.70) การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 70.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.00) ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อไหล่มาก่อน (ร้อยละ 96.70) ไม่เคยได้รับการรักษาภาวะข้อไหล่ติด (ร้อยละ 86.70) ระยะเวลาที่มีอาการข้อไหล่ติดอยู่ในช่วง 7-12 เดือน (ร้อยละ 40.00) และส่วนใหญ่เป็นไหล่ข้างซ้าย (ร้อยละ 40.00) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะ (n=30)

	คุณลักษณะ (Characteristic)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	14	46.70
	หญิง	16	53.30
อายุ	41-50 ปี	9	30.00
	51-60 ปี	9	30.00
	61-70 ปี	6	20.00
	>71 ปีขึ้นไป	6	20.00
	Min = 42 Max = 85 $\bar{X}$ = 59.87 S.D. = 11.83		
ดัชนี ADL (กลุ่มตัวอย่างอายุ ≥ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน)			
	ADL = 12	7	58.34
	ADL = 20	5	41.66
ระดับการศึกษา	ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	21	70.00
	ปวช./ปวส./มัธยมศึกษา	5	16.70
	ปริญญาตรี/ปริญญาโท	4	13.30
อาชีพ	รับจ้าง	9	30.00
	เกษตรกร	5	16.70
	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ ธุรกิจส่วนตัว	4	13.30
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ (เคยประกอบอาชีพ เกษตรกร)	12	40.00
ประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณไหล่	เคย	1	3.30
	ไม่เคย	29	96.70
ข้อไหล่ที่มีอาการ	ข้างขวา	9	30.00
	ข้างซ้าย	12	40.00
	สองข้าง	9	30.00
ระยะเวลาที่มีอาการข้อไหล่ติด	< 6 เดือน	8	26.70
	7-12 เดือน	12	40.00
	13-18 เดือน	4	13.30
	19-24 เดือน	4	13.30
	>25 เดือนขึ้นไป	2	6.70
Min = 1 Max = 60 $\bar{X}$ = 14.60 S.D. = 11.55			

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และอาการปวดไหล่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกท่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอาการปวดไหล่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$)

ดังตารางที่ 2 - ตารางที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และอาการปวดไหล่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ เป็นรายคู่ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (ROM) และอาการปวดไหล่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ ($n=30$)

ท่า/ทิศทาง	ก่อนใช้		หลังใช้ 2 สัปดาห์		หลังใช้ 4 สัปดาห์		F	p-value
อาการปวด	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ROM								
Abduction	111.20	32.56	143.45	27.06	162.17	24.73	20.081	.000
Adduction	32.65	7.99	36.70	6.57	38.90	6.40	71.279	.000
Flexion	129.51	38.01	153.27	21.78	165.03	18.63	15.830	.001
Extension	42.81	8.47	47.99	10.55	50.79	10.13	19.133	.001
Internal rotation	44.27	22.23	61.78	19.65	72.91	19.72	18.524	.000
External rotation	17.60	4.23	20.68	3.90	23.99	4.78	22.793	.000
Pain	5.18	2.37	2.95	2.02	1.05	0.99	38.414	.000

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และอาการปวดไหล่

ท่า/ทิศทาง,อาการปวด	SS	df	MS	F	p-value
Abduction	14628.906	1.332	10982.813	20.081	.000
Adduction	220.899	1.175	187.984	71.293	.000
Flexion	7204.453	2	3602.226	15.830	.000
Extension	360.005	1.146	314.205	19.133	.001
Internal rotation	4586.220	2	2293.110	18.524	.000
External rotation	225.059	1.229	183.119	22.793	.000
Pain	94.288	2	47.144	38.414	.000

ตารางที่ 4 แสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และอาการปวดไหล่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์เป็นรายคู่

ท่า/ทิศทาง	ท่า/ทิศทาง	Mean difference	Std. Error	p-value
Abduction (1)	Abduction (2)	32.259*	7.467	.002
	Abduction (3)	50.977*	10.538	.001
Abduction (2)	Abduction (3)	18.718*	5.645	.008
Adduction (1)	Adduction (2)	4.055*	.524	.000
	Adduction (3)	6.245*	.700	.000
Adduction (2)	Adduction (3)	2.191*	.285	.000
Flexion (1)	Flexion (2)	23.764*	6.913	.006
	Flexion (3)	35.523*	7.866	.001
Flexion (2)	Flexion (3)	11.759*	3.804	.011
Extension (1)	Extension (2)	5.177*	1.408	.004
	Extension (3)	7.97.*	1.683	.001
Extension (2)	Extension (3)	2.795*	.564	.001
Internal rotation (1)	Internal rotation (2)	17.509*	5.140	.007
	Internal rotation (3)	28.641*	5.444	.000
Internal rotation (2)	Internal rotation (3)	11.132*	3.386	.008
External rotation (1)	External rotation (2)	3.082*	.728	.002
	External rotation (3)	6.395*	1.268	.001
External rotation (2)	External rotation (3)	3.314*	.744	.001
Pain (1)	Pain (2)	2.227*	.493	.001
	Pain (3)	4.136*	.505	.000
Pain (2)	Pain (3)	1.909*	.415	.001

(1) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (2) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (3) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์

จากตารางที่ 4 เห็นได้ว่าองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และอาการปวดไหล่ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ โดยองศาการเคลื่อนไหวทุกท่าเพิ่มขึ้นและอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก (4 คะแนน) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 รองลงมาคือพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และพึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้นวัตกรรม 4 สัปดาห์ (n=30)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจปานกลาง	1	3.30
พึงพอใจมาก	20	66.70
พึงพอใจมากที่สุด	9	30.00

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงของภาวะข้อไหล่ติดที่ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นรอบๆ ข้อไหล่ เป็นผลจากการเสื่อมสภาพไปตามวัย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะข้อไหล่ติด (จันทรา หงส์พิพัฒน์, 2562; รัชชิตา ภิมาล, 2562) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว แต่ในอดีตเคยประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งเป็นอาชีพหลักของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายไม่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อไหล่ ภาวะข้อไหล่ติดเกิดจากความผิดปกติของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเองจากการเสื่อมตามวัยเช่นกัน อาการข้อไหล่ติดส่วนมากเกิดข้างซ้ายซึ่งเป็นข้างที่ไม่ถนัด มีการใช้งานน้อยจึงเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ระยะเวลาที่มีอาการข้อไหล่ติดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 ปี ในกลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไปทุกรายมีภาวะข้อไหล่ติดนานมากกว่า 1 ปี มี 1 รายเป็นมานานถึง 5 ปี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากไม่ตระหนักถึงปัญหาของการจำกัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

แม้จะมีอาการปวดแต่ไม่ได้มากจนเป็นปัญหาและอุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวัน

2. ผลจากการใช้โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” พบว่า องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เพิ่มขึ้นทุกทิศทาง และทำให้อาการปวดไหล่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏชานต์ อินต๊ะรินทร์ และสำโรจน์ ประพรมมา (2561) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder wheel ในผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกทิศทางเพิ่มขึ้น และมีค่าเฉลี่ยความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Punia & Sushma (2015) ที่ได้จัดทำกรณีศึกษา จำนวน 5 ราย เพื่อศึกษาผลของการรักษาด้วยกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อไหล่ติด โดยจัดโปรแกรมในการบริหารด้วยท่าต่างๆ เป็นเวลา 15 วัน ซึ่ง 1 ในท่าของการบริหารเป็นการใช้ Shoulder wheel เป็นเวลา 15 นาที ร่วมกับการประคบร้อนและการใช้เครื่อง Ultrasonic ผลการศึกษาพบว่า มีการเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกราย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Contractor, Agnihotri & Patel (2016) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพ

ของเทคนิคการบริหารข้อไหล่โดยเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อที่เรียกว่า Muscle Energy Technique โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการบริหารไหล่ด้วยวิธีเดียวกัน และได้รับการประคบร้อนเพื่อบรรเทาอาการปวดเหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองได้รับการบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อไหล่เพิ่มขึ้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อไหล่เพิ่มขึ้นมีองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำว่า ควรนำการบริหารที่เพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อไหล่เพิ่มเข้ามาเพื่อเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ และสอดคล้องกับการศึกษาของสายใจ นกหนู และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่ออาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อไหล่ยึดติด ผลการศึกษาพบว่า การให้โปรแกรมการออกกำลังกายทางกายภาพบำบัดตามมาตรฐานทำให้องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าอเหยียด กาง หุบ และหมุนข้อไหล่เข้าด้านในเพิ่มขึ้น และระดับความเจ็บปวดลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการรักษาทางกายภาพบำบัดตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว และผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมการออกกำลังกายส่งผลให้ลดระดับความเจ็บปวด และเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al. (2012) ที่ได้ศึกษาผลของการบริหารข้อไหล่ด้วยวงล้อ Shoulder wheel ที่มีการเชื่อมต่อเข้ากับวิดีโอเกม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกสนุกไม่เบื่อขณะบริหารข้อไหล่

เนื่องจากผลที่ได้จากการบริหารจะเป็นผลเชิงประจักษ์บนหน้าจอของวิดีโอเกมทำให้มีการเพิ่มเติมของเกมหากมีการบริหารได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า Shoulder wheel เป็นอุปกรณ์ที่สามารถนำมาใช้เพื่อแก้ไขความผิดปกติของการเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้ถ้ามีการบริหารอย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Jain & Sharma (2014) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการรักษาสภาวะข้อไหล่ติดด้วยการทำกายภาพบำบัดได้แนะนำให้ใช้การบริหารข้อไหล่เพื่อบำบัดภาวะข้อไหล่ติดและช่วยลดอาการปวดได้ ซึ่งเป็นที่มาของการพัฒนาต่อยอดเป็น “วงล้อเสริมแรง” ของการวิจัยครั้งนี้

3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.70 เพราะสามารถกลับมาใช้ไหล่ในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น จากองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในทุกทิศทางดีขึ้น และอาการปวดไหล่ลดลง และกลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการใช้นวัตกรรมให้นานขึ้น เนื่องจากทำให้ได้มีการบริหารข้อไหล่อย่างสม่ำเสมอ

4. มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ราย ใช้นวัตกรรมอย่างหักโหม วันละ 3 ครั้ง และในแต่ละครั้งหมุนวงล้อเกิน 5 ชุดต่อข้าง เป็นเวลาต่อเนื่อง 2 วันทำให้เกิดอาการปวดไหล่ทั้งสองข้างอย่างมาก จึงขอถอนตัวจากงานวิจัย ได้ติดตามอาการของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังหยุดใช้

นวัตกรรมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ อาการปวดไหล่หายเป็นปกติ แต่ไม่ขอสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

ดังนั้นโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” สามารถเพิ่มองค์การเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทุกทิศทาง และช่วยลดอาการปวดข้อไหล่ในกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการนำไปใช้เพื่อแก้ปัญหาข้อไหล่ติด หรืออาจนำไปใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่นๆ เพื่อให้มีการบริหารข้อไหล่อย่างต่อเนื่อง นวัตกรรมฯ นี้มีต้นทุนการประดิษฐ์ประมาณ 2,500 บาท ส่วน Shoulder wheel ที่จำหน่ายอยู่ในปัจจุบัน ราคาประมาณ 12,600-15,000 บาท แต่ไม่มีการติดตั้งระบบเพื่อเพิ่มแรงต้านในการใช้งาน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” จัดเป็นอุปกรณ์ทางเลือกในการนำไปบริหารข้อไหล่ในกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติดได้ สามารถถอดแยก

เป็นส่วนๆ และประกอบเป็นชุดได้ไม่ยาก ข้อดีคือมีระบบเกียร์ที่สามารถปรับระดับความฝืดตามความต้องการของผู้ใช้งาน

2. การใช้นวัตกรรมฯ ควรมีการกำกับระยะเวลาในการบริหารข้อไหล่อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ เนื่องจากมีตัวอย่าง 1 ราย มีความเข้าใจผิดคิดว่าการใช้นวัตกรรมฯ อย่างหักโหมซึ่งมากเกินไปที่โปรแกรมฯ แนะนำ คือใช้นวัตกรรมฯ เกิน 3 ชุดต่อครั้ง และเกิน 3 ครั้งต่อวัน ทำให้มีอาการปวดไหล่เพิ่มมากขึ้น จนเป็นเหตุทำให้ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของนวัตกรรมฯ ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังต่างๆ ที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติด โดยเฉพาะโรคเบาหวาน

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับผลของจำนวนวันที่แตกต่างกันของการใช้นวัตกรรม “วงล้อเสริมแรง” ใน 1 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร ก่อวัฒนมงคล. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคข้อไหล่ติดในผู้ป่วยศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 9(1), 59-72.
- จันทิรา หงส์พิพัฒน์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อไหล่ติด. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(1), 101-112.
- ณชกานต์ อินตะรินทร์ และสาโรจน์ ประพรมมา. (2561). ประสิทธิภาพการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกาย โดยใช้ Shoulder Wheel ในผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 1(2), 2-14.

- ณัฐธิดา ตันติศิริวัฒน์. (2560). อาการปวดและความผิดปกติของข้อไหล่ที่พบบ่อยในเวชศาสตร์ฟื้นฟู. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 61(2), 205-221.
- ณัฐนันท์ อุษายพันธ์ และโสภิตา สันฐุมิตร. (2560). ผลของความร้อนลึกและความร้อนตื้นร่วมกับการรักษาโดยวิธีดัด ดึง ข้อต่อต่อองศาการเคลื่อนไหวและระดับอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อไหล่ติด. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(2), 305-315.
- ปิยภรณ์ รุ่งโสภาคกุล, เจริญ กระบวนรัตน์ และราตรี เรืองไทย. (2557). การเปรียบเทียบผลการฝึกด้วยยางยืดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความอดทนที่มีต่อช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ ในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะข้อไหล่ติดแข็ง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา*, 14(2), 129-141.
- รัชชิตา ภิมาล. (2562). กายภาพบำบัดในภาวะข้อไหล่ติด. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(4), 425-438.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). *คู่มือการใช้เครื่องมือวัดข้อไหล่ด้วยตนเอง*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็ง.
- สายใจ นกหนู, มณีภรณ์ บกสวัสดิ์ และมุคคิส อาม๊ะ. (2561). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่ออาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อไหล่ยึดติด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(1), 88-98.
- Athwal, G.S. & Wider, B. (2021). *Frozen shoulder*. AAOS: OrthoInfo, Retrieved from <https://orthoinfo.aaos.org/globalassets/pdfs/frozen-shoulder.pdf>
- Barua, S. K., & Chowdhury, M. Z. A. (2014). Phonophoresis in Adhesive Capsulitis (Frozen Shoulder). *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal*, 13(1), 60-64.
- Cadogan, A., & Mohammed, K. D. (2016). Shoulder pain in primary care: frozen shoulder. *Journal of Primary Health Care*, 8(1), 44-51.
- Chan, H., Pua, P. Y., & How, C. H. (2017). Physical therapy in the management of frozen shoulder. *Singapore Medical Journal*, 58(12), 685-689.
- Chang, C. M., Chang, Y. C., Chang, H. Y., & Chou, L. W. (2012). An interactive game-based shoulder wheel system for rehabilitation. *Patient Preference and Adherence*, 6, 821-828.
- Contractor, E. S., Agnihotri, D. S., Patel, M. (2016). Effect of Spencer Muscle Energy Technique on pain and functional disability in cases of adhesive capsulitis of shoulder joint. *IAIM*, 3(8), 126-131.
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*. (2nd ed.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Eid A. (2012). Miniopen coracohumeral ligament release and manipulation for idiopathic frozen shoulder. *International Journal of Shoulder Surgery*, 6(3), 90-96.
- Garra, G., Singer, A. J., Domingo, A., & Thode, H. C. (2013). The Wong-Baker pain FACES scale measures pain, not fear. *Pediatric Emergency Care*, 29(1), 17-20.
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(3), 328-331.
- Jaccard, J. & Becker, M.A. (1990). *Statistics for the Behavioral Sciences: Study Guide*. (2nd ed.), University of Virginia: Wadsworth Publishing Company.
- Jain, T. K., & Sharma, N. K. (2014). The effectiveness of physiotherapeutic interventions in treatment of frozen shoulder/adhesive capsulitis: a systematic review. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 27(3), 247-273.
- Kaya N, Turan N, & Aydın G.Ö. (2016) Innovation in Nursing: A Concept Analysis. *J Comm Pub Health Nursing*, 2, 1-4.
- Killian, M. L., Cavinatto, L., Galatz, L. M., & Thomopoulos, S. (2012). Recent advances in shoulder research. *Arthritis Research & Therapy*, 14(3), 1-10.
- Lewis J. (2015). Frozen shoulder contracture syndrome-Aetiology, Diagnosis and Management. *Manual Therapy*, 20(1), 2-9.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417.
- Morrison, W. (2020). *Understanding the Normal Shoulder Range of Motion*. Retrieved from: <https://www.healthline.com/health/shoulder-range-of-motion#What-is-normal-shoulder-range-of-motion?>
- Punia, S. & Sushma (2015). Effect of Physiotherapy Treatment on Frozen Shoulder: a Case Study. *IJPOT*, 9(1), 136-140.
- Ramirez J. (2019). Adhesive Capsulitis: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 99(5), 297-300.
- Van, de L. S., & Van, der Z. P. (2014). Management of the frozen shoulder. *Orthop Res Rev*, 6, 81-90.
- Whelton, C., & Peach, C. A. (2018). Review of diabetic frozen shoulder. *European Journal of Orthopedic Surgery & Traumatology: Orthopedic Traumatologie*, 28(3), 363-371.

ผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์ที่มีต่อความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

ศิริพร พูลรักษ์*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการเลือกตัวอย่างแบบสโนว์บอลล์ ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.95 และทดสอบความเป็นปรนัยด้วยวิธีการใช้กลุ่มที่คุ้นเคย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบด้านความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.90, 0.92 และ 0.91 และมีค่าความเชื่อมั่น 0.96, 0.95, และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทีแบบไม่อิสระ

ผลการวิจัย: ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อย่างไรก็ตามทัศนคติและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าได้ แต่ต้องนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในเวลาที่ยาวนานขึ้นเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าให้ได้ก่อนซึ่งจะช่วยให้เลิกบุหรี่ไฟฟ้าได้ในที่สุด

คำสำคัญ: โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์, ความรู้, ทัศนคติ, ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่, นักศึกษามหาวิทยาลัย

The Effects of E-cigarette Smoking Cessation Online Program on Knowledge, Attitude, and Intention to Quit among Student Smokers of a Private University

Siriporn Poonruksa*

Abstract

Purpose: This research aimed to compare knowledge, attitude, and intention to quit e-cigarette of a private university student smokers before and after involving in the Electronic Network Cessation Program (ENCP).

Design: Quasi-experimental research, one group pretest-posttest design

Method: The sample was 30 bachelor's degree student smokers involving in the research through snowball technique. The ENCP was developed by the researcher. Its value of content validity index was 0.95. The known group technique was applied to assess objectivity of the program. The knowledge, attitude, and intention to quit e-cigarette tests were developed for data collection which IOC values of items were 0.90, 0.92, and 0.91 and the values of reliability were 0.96, 0.95, and 0.94, respectively. Descriptive and paired t-test statistics were applied for data analysis.

Main findings: The data analysis results revealed that participants' knowledge in posttest was higher than pretest score at significant level ($p < .01$). However, the mean scores of attitude and intention to quit e-cigarette were not significantly changed after receiving ENCP.

Conclusion and recommendation: Research results indicated that the ENCP could increase knowledge regarding e-cigarette. However, increase the duration of program implementation needs to be done for students' attitude adjusting and increasing intention to quit-smoking.

Keywords: E-cigarette smoking cessation program, Knowledge, Attitude, Intention to quit smoking, University student smokers

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นของประชากรในหลายประเทศเป็นปัญหาสาธารณสุขโลกที่สำคัญมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางการเงินในการซื้อบุหรี่ไฟฟ้าได้ โดยมีรายงานวิจัยพบว่าวัยรุ่นที่กำลังจะเข้าเรียนระดับมหาวิทยาลัยของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2017 สูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงถึงร้อยละ 11.70 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.80 ในปี ค.ศ. 2018 (Gentzke et al., 2019) นอกจากนี้ Wong, Mohamad Shakir, Alias, Aghamohammadi, and Hoe (2016) สํารวจพบว่าร้อยละ 39 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศมาเลเซียมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการสำรวจระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 ในปี ค.ศ. 2009 เป็นร้อยละ 44 ในปี ค.ศ. 2012 (Hiemstra et al., 2012) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 3.30 ของผู้สูบบุหรี่เป็นบุคคลในกลุ่มอายุ 13-15 ปี (Chotbenjamaporn et al., 2017) ซึ่งจะสูบบุหรี่ต่อเนื่องเมื่อเข้าเรียนในระดับมหาวิทยาลัยดังการสำรวจของ Poonruksa (2017) พบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงถึงร้อยละ 35.60 โดยเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่เรียนในระดับมัธยมศึกษาเป็นต้นมา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นในนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยก่อให้เกิดความกังวลในกลุ่มของนักวิชาการสาธารณสุข นักการศึกษา และบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการรายงานในปี ค.ศ. 2019-2020 ว่ามีผู้สูบบุหรี่

ไฟฟ้าจำนวน 52 รายได้รับผลกระทบทางลบที่รุนแรงต่อสุขภาพ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรค E-cigarette or Vaping product use Associated Lung Injury หรือ EVARI ซึ่งในจำนวนนี้มีการรายงานผู้ป่วย 7 ราย เป็นชาวอเมริกัน (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2019) และ 1 ราย เป็นชาวไทยมีอาการป่วยหนักจากปอดอักเสบ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย], 2563)

แม้ว่าผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าบางคนตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนและบุคคลรอบข้าง แต่ก็ไม่เลิกสูบบุหรี่เนื่องจากมีความเชื่ออย่างผิดๆ (Cooper, Loukas, Harrell & Perry, 2016; Cooper, Loukas, Harrell, & Perry, 2017) เช่น เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ (Grana, Ling, Benowitz, & Glantz, 2014) และมีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่า เพราะมีนิโคตินเมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่ในรูปแบบอื่นๆ น้อยกว่า (Gorukanti, Delucchi, Ling, Fisher-Travia, & Halpern-Felsher, 2017) งานวิจัยของ Jiang, Man, Sin, Lok, and Tai (2016) พบว่าร้อยละ 40 ของผู้สูบบุหรี่ในประเทศฮ่องกงมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของสารเคมีต่างๆ ในบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพน้อยมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anand, McGinty, and Martin (2015) ซึ่งพบว่าร้อยละ 90 ของนักศึกษาในรัฐ North Carolina มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพน้อยเช่นกัน นอกจากนี้ Skerry, Lusher and Banbury (2018) วิจัยพบว่าร้อยละ 96.90 ของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าขาดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เนื่องจากถูกชักชวนโดยเพื่อนให้สูบบุหรี่ต่อเนื่อง ทำให้

มีการติดตามนิโคตินในระดับปานกลาง และผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน การให้คำปรึกษา หรือใช้อุปกรณ์ช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย

สถานการณ์การเพิ่มจำนวนของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วงหลายปีที่ผ่านมาทำให้เกิดแนวปฏิบัติที่นำมาใช้ในการควบคุมหรือลดอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละประเทศ Washington State Institute for Public Policy (2014) ได้วิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบและการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลการวิเคราะห์พบว่ามีงานวิจัย 33 เรื่องใน 40 เรื่องที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อลดการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามี 4 รูปแบบ คือ 1) โปรแกรมที่ใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-based program) 2) โปรแกรมที่ใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family-based program) 3) โปรแกรมที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based program) และ 4) โปรแกรมที่ใช้เครือข่ายสื่อสังคมเป็นฐาน (Social network program) ซึ่งโปรแกรมรูปแบบที่ 4 นี้จากการวิจัยพบว่ามีประสิทธิภาพสูงสุดในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากสามารถบรรจุเนื้อหา ภาพ เสียง การโต้ตอบในโปรแกรมได้ และสามารถใช้งานได้ทุกที่ ทุกเวลาตรงตามความต้องการของวัยรุ่น ดังที่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา สำนวจพบว่าโปรแกรมที่ใช้เครือข่ายสังคมเป็นฐานทำให้เยาวชนมีปฏิสัมพันธ์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตหรือโปรแกรมซอฟต์แวร์ ซึ่งสามารถอธิบายเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ ฝึกทักษะการเลิกบุหรี่อย่างถูกต้อง และมีอิทธิพลต่อทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และโปรแกรม

Software สามารถบรรจุการทดสอบความรู้ การสำวจความคิดเห็น และการให้ข้อมูลย้อนกลับได้นอกจากนี้ยังนำไปประยุกต์ใช้ได้ทุกสถานที่ที่มีสัญญาณเชื่อมต่อกับระบบอินเทอร์เน็ต (Washington State Institute for Public Policy [WSIPP], 2014)

แม้ว่ามหาวิทยาลัยเอกชนที่ศึกษานี้จะมีชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ที่ทำงานร่วมกับองค์กรนักศึกษา และจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ตลอดจนนิทรรศการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพในวังดสูบบุหรี่โลก การอบรมอาสาสมัครเพื่อการณรงค์เลิกสูบบุหรี่ชนิดต่างๆ รวมถึงบุหรี่ไฟฟ้า (นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ และศิริพร พูลรักษ์, 2563) แต่นักศึกษายังขาดความรู้ ทักษะการเลิกบุหรี่ และมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (Setchoduk, 2018) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Poonruksa (2017) ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ จำนวน 382 คน พบว่าสาเหตุสำคัญของ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษานั้นเกิดจาก ร้อยละ 50 ของนักศึกษาขาดความรู้เกี่ยวกับสารเคมีที่มีในบุหรี่ไฟฟ้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และยังมีความเชื่อผิดๆ ว่าบุหรี่ไฟฟ้าสามารถนำมาใช้ในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่มวนโดยทั่วไปได้เนื่องจากไม่มีสารนิโคติน และสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อช่วยลดความเครียด จึงทำให้เลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยให้นักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างถูกต้อง ซึ่งจะ

ส่งผลให้มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้สำเร็จในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ของนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์ (E-cigarette Network Cessation Program: ENCP)

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ของนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ENCP สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษากับนักศึกษาในหลักสูตรปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในปีการศึกษา 2562 ที่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาแล้วจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 วัน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 30 คน โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัย คือ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 2 มีนาคม พ.ศ. 2463

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้มาจากการทบทวน และสังเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยด้านความรู้ ทักษะ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งในประเทศและต่างประเทศจำนวน 114 เรื่อง และพบเหตุผลที่ทำให้ให้นักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย สูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับ

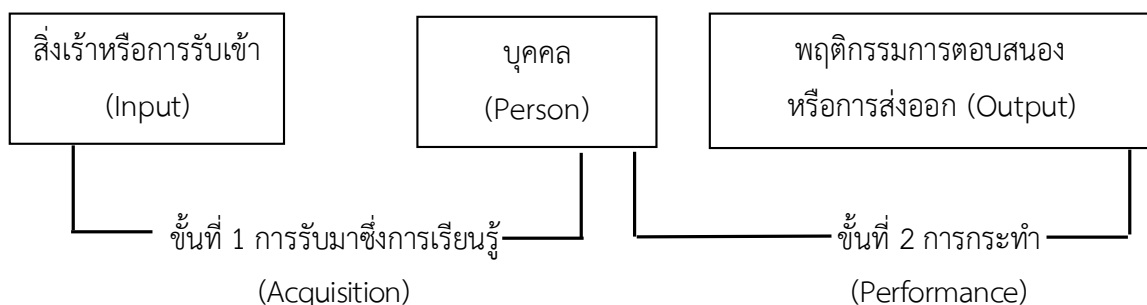
องค์ประกอบและสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Callahan-Lyon, 2014; Moheimani et al., 2017; Palanidas et al., 2017; Eltorai, Choi, & Eltorai, 2019) 2) ขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูบบุหรี่ (Richmond, Pike, Maguire, & Macpherson, 2018) 3) มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องว่าบุหรี่ไฟฟ้าสามารถช่วยให้ผู้ที่สูบบุหรี่มวนโดยทั่วไปเลิกสูบบุหรี่ได้ (Allen, Unger, Garcia, Baezconde-Garbanati, & Sussman, 2015; Cooper, Harrel, & Perry, 2016; Mantey, Cooper, Loukas, & Perry, 2017; Rahman, Mohamad, & Jamshed, 2015; Chen et al., 2017; and Villanti et al., 2017) 4) ขาดความตั้งใจแน่วแน่ที่จะเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพราะขาดแรงจูงใจและไม่ มีทักษะการปฏิเสธการเชิญชวนของเพื่อนหรือคนรอบข้างให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า (Barbeau, Burda, & Siegel, 2013) และ 5) ขาดความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูบบุหรี่และผู้มีบุหรี่ไฟฟ้าไว้ในครอบครอง (Mukhtar, Khan, & Long, 2016; Mantey, Cooper, Loukas, & Perry, 2017)

วัยรุ่นที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยปัจจุบันได้รับข้อมูลต่างๆ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อสังคมออนไลน์ ในขณะเดียวกันงานวิจัยของ Ferkol et al. (2018) พบว่าโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์นั้นมีประสิทธิภาพในการช่วยให้วัยรุ่นกลุ่มนี้เลิกบุหรี่ไฟฟ้าได้สำเร็จเช่นกัน นอกจากนี้งานวิจัยของ Merianos, Gittens, and Mahabee-Gittens (2016) พบว่า วิดีโอที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายของนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้า และผลกระทบของบุหรี่

ไฟฟ้าต่อสุขภาพใน You Tube สามารถช่วยปรับทัศนคติผิดๆ และให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าแก่ผู้สูบได้

ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) หรือทฤษฎีการเรียนรู้จากการสังเกตหรือการเลียนแบบของ Albert Bandura (1977 อ้างถึงใน Harinie, Sudiro,

Rahayu, & Fatchan, 2017) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ดังกล่าวมี 2 ขั้น คือ ขั้นการได้รับมาซึ่งการเรียนรู้ (Acquisition) เป็นขั้นที่บุคคลรับรู้สิ่งเร้าที่บุคคลต้องการเรียนรู้หรือเลียนแบบพฤติกรรม และ 2) ขั้นการกระทำ (Performance) ซึ่งอาจกระทำได้จริงหรือไม่ก็ได้ แสดงได้ตามแผนภาพ 1 ดังนี้

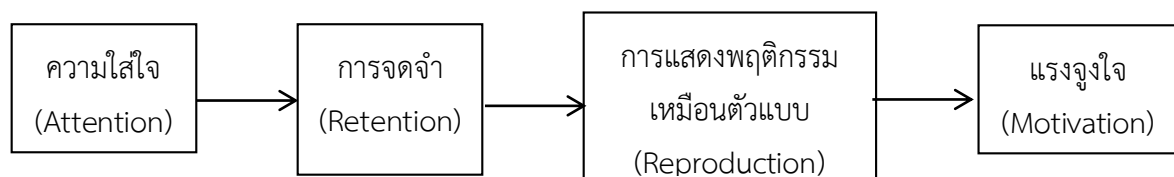


แผนภาพ 1 ขั้นการเรียนรู้โดยการเลียนแบบ

ที่มา: Bandura, 1977 อ้างถึงใน Harinie, Sudiro, Rahayu, & Fatchan, 2017

นอกจากนี้แบบดูรากล่าวว่าการได้รับมาซึ่งการเรียนรู้มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตั้งใจสังเกตพฤติกรรมที่ดีของตัวแบบ (Attention phase) ซึ่งในโปรแกรม ENCP ใช้ตัวแบบที่มีชีวิตคือนักศึกษาที่เคยมีประสบการณ์สูบบุหรีไฟฟ้าแต่เลิกได้สำเร็จแล้ว 2) ขั้นจดจำพฤติกรรมที่ดีของตัวแบบ (Retention phrase) 3) ขั้นพยายามแสดงพฤติกรรมที่ดีตามตัวแบบ (Reproduction phase) และ 4) ขั้นแสดงพฤติกรรมที่ดีซ้ำๆ เมื่อ

ได้รับแรงจูงใจทางบวก (Motivation phase) จนกระทั่งสามารถทำพฤติกรรมที่ดีได้เหมือนตัวแบบที่ได้จากการสังเกตนั้นๆ (Bandura, 1977 อ้างถึงใน Harinie, Sudiro, Rahayu, & Fatchan, 2017) ซึ่งแนวคิดจากทฤษฎีนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเลิกสูบบุหรีไฟฟ้าได้ (Harinie, Sudiro, Rahayu, & Fatchan, 2017) และแสดงได้ตามแผนภาพ 2 ดังนี้

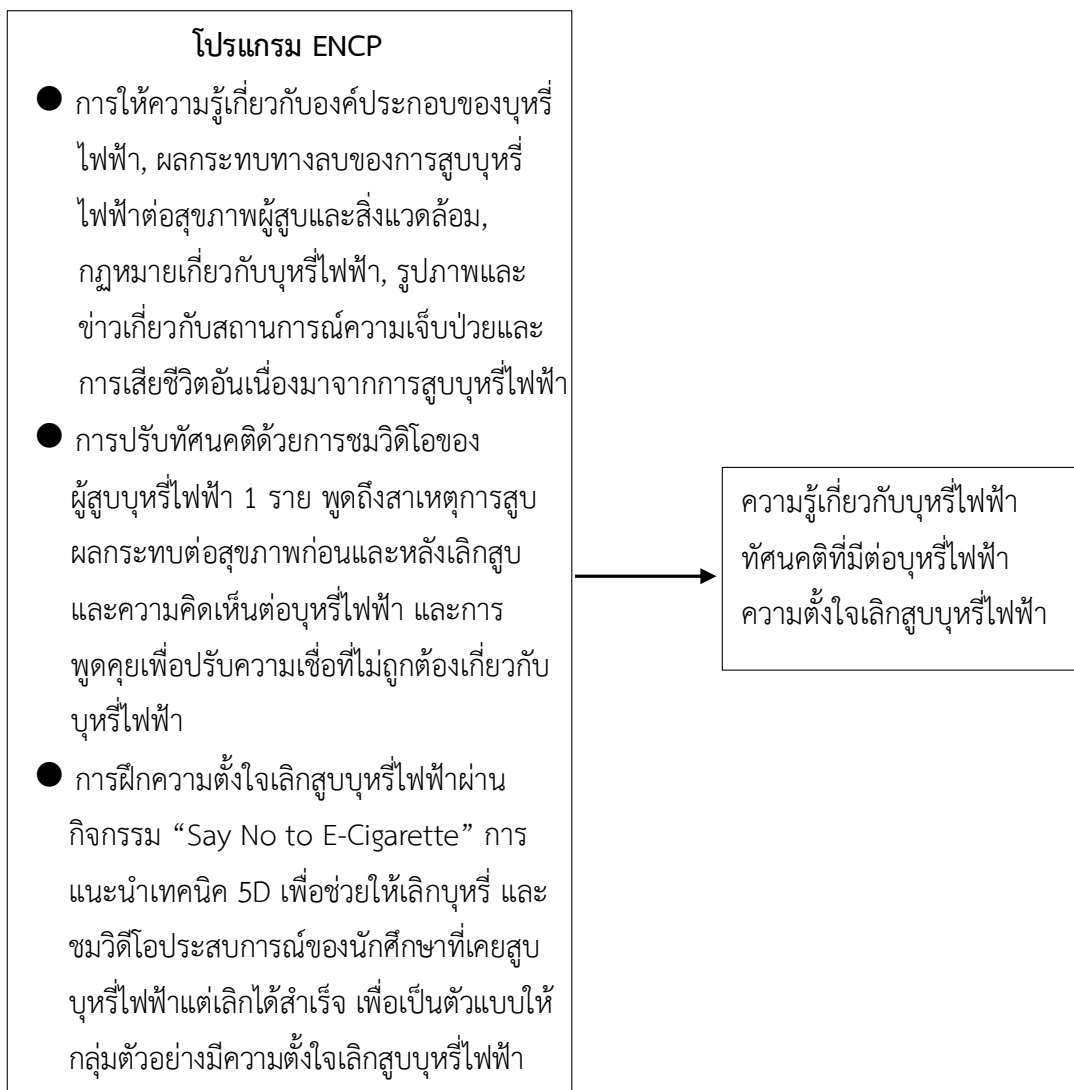


แผนภาพ 2 การได้รับมาซึ่งการเรียนรู้

ที่มา: Bandura, 1977 อ้างถึงใน Harinie, Sudiro, Rahayu, & Fatchan, 2017

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และก่อให้เกิดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า หรือ Electronic Network Cessation Program (ENCP) ในกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็น

สิ่งเร้าหรือการรับ และวัดผลการเรียนรู้จากสิ่งเร้าที่ให้ผ่านพฤติกรรมการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ตามแนวคิดของ Albert Bandura ดังกล่าวมาข้างต้น ดังกรอบแนวคิดการวิจัยในแผนภาพที่ 3



แผนภาพ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research: One group pretest-posttest design) ทำการศึกษาใน นักศึกษาของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ที่มี ประวัติสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาแล้วจนถึงปัจจุบันเป็น ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 วัน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 ซึ่งสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 656 คน จากจำนวนนักศึกษาทั้งหมด 12,000 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ นักศึกษาที่ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบ Snowball sampling technique ตามเกณฑ์การรับเข้า (Inclusion criteria) เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีในปีการศึกษา 2562, 2) มีประวัติสูบบุหรี่ไฟฟ้าจนถึงปัจจุบันมาแล้วไม่น้อยกว่า 30 วัน และ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่แบบไม่มีอิสระที่ระบุว่าข้อมูล 2 ชุด (Pretest และ Posttest) ต้องได้มาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบปกติ และไม่ทราบความแปรปรวนของประชากร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมในการวิเคราะห์เพื่อหาค่าเฉลี่ยของประชากร คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 คน (Kirk, 2013) สำหรับวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำหลักการของ Snowball sampling technique มาประยุกต์ใช้

เนื่องจากนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้เปิดเผยตนเอง และไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าตนเองสูบบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งทำให้ยากต่อการใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ โปรแกรม ชื่อ E-cigarette Network Cessation Program (ENCP) ที่ผู้วิจัยใช้เป็นเครื่องมือในการทดลอง และแบบทดสอบความรู้ ทศนคติ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมชื่อ E-cigarette Network Cessation Program (ENCP) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้คอมพิวเตอร์และเครือข่ายทางสังคม (Social network) ในการให้ความรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติผิดๆ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้สำเร็จ เนื้อหาด้านความรู้ในโปรแกรมประกอบด้วย บุหรี่ไฟฟ้าชนิดต่างๆ และการทำงานของบุหรี่ไฟฟ้า สารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของผู้สูบ ตลอดจนบุคคลที่อยู่แวดล้อมผู้สูบที่ได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า รูปภาพและข่าวเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

สำหรับเนื้อหาของโปรแกรมด้านการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย ข้อมูลความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากข่าว เอกสาร และโซเชียลมีเดีย เช่น YouTube การพูดคุยผ่านไลน์เพื่อปรับความเชื่อ

ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และการชมวิดีโอของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 ราย ซึ่งพูดถึงสาเหตุการสูบบุหรี่ที่ลดลงก่อนและหลังเลิกสูบ และความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า

ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในโปรแกรมนี้ ผู้วิจัยฝึกให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านกิจกรรม “Say No to E-Cigarette” แนะนำเทคนิค 5น (หน่วง โน้มน้าว น้ำ นิ่ง และแนวแน่) เพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ไฟฟ้า และให้ชมวิดีโอที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ของนักศึกษาที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าแต่เลิกได้สำเร็จ เพื่อเป็นตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าว่าหากเลิกสูบบุหรี่ได้เหมือนตัวแบบจะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัวอย่างไร

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้ ทักษะ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ลักษณะของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อที่มีตัวเลือกแบบ “ถูก” ได้ 1 คะแนน และ “ผิด” ได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้ 18.00-24.00 คะแนน มีความรู้มากที่สุด, 13.00-17.99 คะแนน มีความรู้มาก, 7.00-12.99 คะแนน มีความรู้ปานกลาง, และ 1.00-6.99 คะแนน มีความรู้น้อย โดยคำถามมีเนื้อหาเกี่ยวกับสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูบ และผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม ความรู้ที่ผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในการช่วยเลิกบุหรี่แบบดั้งเดิม เทคนิคช่วยเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า และกฎหมายเกี่ยวกับการใช้และมีบุหรี่ไฟฟ้าในครอบครอง ตัวอย่างคำถาม ได้แก่ “สารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้าประกอบด้วยนิโคติน”, “ผู้สูบบุหรี่สามารถปรับระดับของนิโคตินในแบตเตอรี่ของบุหรี่ไฟฟ้าได้”,

“บุหรี่ไฟฟ้ามีอัตราตายต่อสุขภาพมากกว่าบุหรี่แบบดั้งเดิม”, “บุหรี่ไฟฟ้ามีหลายรสชาติ”, “บุหรี่ไฟฟ้าสามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่แบบดั้งเดิมได้” และ “บุหรี่ไฟฟ้าถูกประกาศให้เป็นสิ่งผิดกฎหมายทั้งในประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก” เป็นต้น

ในด้านทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แบบทดสอบประกอบด้วยข้อความจำนวน 12 ข้อที่มีตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert rating scales) 5 ระดับ คือ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่แน่ใจ” “ไม่เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ซึ่งจะให้คะแนนจาก 4, 3, 2, 1 และ 0 ดังนั้นคะแนนเต็ม คือ 48 คะแนน แปลผลการให้คะแนนดังนี้ 36.00-48.00 คะแนน มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าถูกต้องที่สุด, 24.00-35.99, 12.00-23.99, และ 0.00-11.99 คะแนน มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าถูกต้องในระดับมาก, ปานกลาง และน้อย ตัวอย่างข้อความ เช่น “ฉันเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยลดความเครียด”, “ฉันเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าทำให้ผู้สูบบุหรี่มีรสนิยม” และ “บุหรี่ไฟฟ้าทำให้ผู้สูบเป็นคนทันสมัย” เป็นต้น

สำหรับแบบทดสอบความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อที่มีตัวเลือกเป็น “ใช่” ได้ 2 คะแนน, “อาจจะ” ได้ 1 คะแนน และ “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน แปลผลการให้คะแนนดังนี้ 7.00-10.00 คะแนน มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาก 3.00-6.99 คะแนน มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าปานกลาง และ 0.00-2.99 คะแนน มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อย ตัวอย่างข้อความ เช่น “ฉันตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าให้ได้โดยเร็วที่สุด”, “ฉันตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อลดอันตรายต่อ

สุขภาพ” และ “ฉันไม่เคยคิดเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า” เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

โปรแกรมในการวิจัย คือ E-cigarette Network Cessation Program (ENCP) ผ่านการพิจารณาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จำนวน 3 คน ซึ่งได้พิจารณาเนื้อหาในโปรแกรมว่ามีความสอดคล้องกับทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้และเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและการควบคุมยาสูบหรือไม่ และได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ผู้วิจัยทดสอบความเป็นปรนัยของโปรแกรมและความสามารถในการใช้ได้จริงกับผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นนักศึกษาด้วยวิธีการใช้กลุ่มที่คุ้นเคย (Known group technique) โดยนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับนักศึกษา 3 คนที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างทุกประการ และพบว่านักศึกษาเหล่านี้มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาษา รูปภาพ และวิดีโอที่ปรากฏในโปรแกรมตรงกัน

สำหรับแบบทดสอบความรู้ ทักษะ และ ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบ 3 คน เช่นเดียวกับที่พิจารณาโปรแกรมฯ ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.90, 0.92 และ 0.91 และมีค่าความเชื่อมั่นของของครอนบาค 0.96, 0.95, และ 0.94 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาแล้ว 30 วันเป็นอย่างต่ำ โดยเริ่มจากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ซึ่งเป็นอาจารย์ด้านกิจกรรมนักศึกษาของทั้ง 10 คณะฯ ว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีคนใดที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อนักศึกษายินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจึงได้รับการทดสอบความรู้ ทักษะเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า จากนั้นเนื้อหาต่างๆ ภาพ และข่าวเกี่ยวกับผลกระทบทางลบของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพ ตลอดจนวิดีโอในโปรแกรม ENCP ได้ถูกส่งให้กลุ่มตัวอย่างทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน อย่างไรก็ตามในช่วงการเก็บข้อมูลวิจัยมีการระบาดของ COVID-19 ครั้งแรกในประเทศไทย ทำให้ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างผ่านทาง Group line เพื่อส่งเนื้อหา ภาพและข่าว และวิดีโอให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน ทุกวันตามที่ระบุไว้ในโปรแกรม และตลอดระยะเวลาของการทดลองมีการสื่อสารสองทาง (Two way communication) ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่ากลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาในการศึกษาเนื้อหาและติดตามกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้วิจัยส่งให้ทาง Group line เท่านั้น ทั้งนี้เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากแหล่งอื่นๆ และระหว่างที่มีการสื่อสารสองทางนี้หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียด ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความเครียดแก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย และกลุ่มตัวอย่างต้องทำ Posttest ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครบ 30 วัน ผ่านทาง google.doc

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้งานวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (The Institutional Review Board of Assumption University) ตามมติการประชุมและเอกสารเลขที่ 0006-2020 ลงวันที่ 27 มกราคม 2563

ผู้วิจัยได้พบและพูดคุยกับนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อให้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย นักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยต้อง ลงชื่อในเอกสารยินยอม (Consent form) และผู้วิจัยได้ให้นักศึกษาคนดังกล่าวแนะนำนักศึกษาในคณะฯ หรือต่างคณะฯ คนอื่นๆ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมาแล้วจากทุกคณะฯ รวม 30 คน อย่างไรก็ตามหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่สบายใจ เครียด หรือวิตกกังวลเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อการเรียนและการดำเนินชีวิตประจำวัน และจะได้รับการให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อลดความรู้สึกดังกล่าวจากผู้วิจัยที่มีทักษะการให้คำปรึกษาจนเป็นปกติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลการวิจัยจะนำไปเผยแพร่ในภาพรวมโดยแสดงค่าทางสถิติเท่านั้น และผู้วิจัยได้ทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยแล้ว

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยใช้สถิติ Paired t-test ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t-test (Kirk, 2013)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า ก่อนเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้าและอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพ และกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับปานกลาง (mean=12.20, S.D.=5.16) แต่เมื่อได้รับความรู้จากเนื้อหาในโปรแกรม ENCP พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้าและอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพ และกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (mean=16.03, S.D.=6.98) และคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงได้ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ค่า Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ENCP

การทดสอบความรู้	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	30	12.20	5.16	3.10	29	.004**
หลังทดลอง	30	16.03	6.98			

**p<0.01

คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อบุหรีไฟฟ้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ENCP มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ หลังได้รับโปรแกรม ENCP (mean=35.10, S.D.=9.31) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (mean=33.73, S.D.=8.13)

อย่างไรก็ตามการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ENCP ไม่แตกต่างกัน แสดงได้ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ค่า Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ENCP

การทดสอบทัศนคติ	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	30	33.73	8.13	.820	29	.419
หลังทดลอง	30	35.10	9.31			

สำหรับคะแนนเฉลี่ยด้านความตั้งใจเลิกสูบบุหรีไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ENCP มีความแตกต่างกันเล็กน้อย กล่าวคือ หลังได้รับโปรแกรม ENCP (mean=9.10, S.D.=4.11) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (mean=9.03, S.D.=3.24)

อย่างไรก็ตามการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความตั้งใจเลิกสูบบุหรีไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ENCP ไม่แตกต่างกัน แสดงได้ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ค่า Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ENCP

การทดสอบความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	30	9.03	3.24	.128	29	.899
หลังทดลอง	30	9.10	4.11			

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์ การอภิปรายผลการวิจัยมีดังนี้

จากผลการวิจัยกล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า (Electronic Network Cessation Program: ENCP) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าให้แก่วัยรุ่นที่ศึกษาในระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยเอกชนนี้ได้ จะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (mean=12.20, S.D.=5.16) แต่เมื่อเข้าร่วมการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับมาก (mean=16.03, S.D.=6.98) เพราะ ENCP เป็นโปรแกรมออนไลน์ที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นสิ่งเราที่มีทั้งภาพและเสียง และข้อมูลที่ทันสมัยทั้งเนื้อหาภาพ และข่าวเกี่ยวกับอันตรายและผลของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ รวมถึงกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และวัยรุ่นระดับมหาวิทยาลัยสามารถเข้าถึงโปรแกรมนี้ได้ง่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ O'Connor, Pelletier,

Bayoumy, and Schwartz (2019) ซึ่งได้ใช้โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าทั้งในห้องเรียนและทางออนไลน์ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับองค์ประกอบของบุหรี่ไฟฟ้า การติดสารนิโคติน อันตรายต่อสุขภาพ เทคนิคการปฏิเสธการสูบบุหรี่ ซึ่งมีเนื้อหาใกล้เคียงกับโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Brewer et al., (2019) ที่พบว่าเมื่อภาพและข้อความเตือนถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแก่ผู้สูบบุหรี่ได้รับการเผยแพร่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น

สำหรับคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยหรืออาจกล่าวได้ว่าไม่แตกต่างกัน แม้คะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (mean=33.73 S.D.=8.13) และหลังการทดลอง (mean=35.10 S.D.=9.31) จะอยู่ในระดับมากก็ตาม อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคตินั้นปัจจัยที่สำคัญคือต้องใช้เวลานานเพียงพอ (Gorukanti et al., 2017) แต่การทดลองครั้งนี้ใช้เวลาเพียง 1 เดือน จึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างสมบูรณ์หรือชัดเจน จะเห็นได้จากหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ร้อยละ 26.60 ของกลุ่มตัวอย่างยังมีทัศนคติว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยลดความเครียด

ได้ และร้อยละ 50 เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยเพิ่มการบริโภคอาหารด้วย นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลให้ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเปลี่ยนแปลงได้ยาก คือ การโฆษณาชวนเชื่อของบริษัทที่ผลิตบุหรี่ไฟฟ้าที่เจาะกลุ่มลูกค้าวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยซึ่งมีมาตรฐานในการซื้อผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าได้ และการให้ทุนสนับสนุนการวิจัยที่ให้ผลว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย หรือสูบแล้วได้รับสารพิษน้อยกว่าบุหรี่ธรรมดา ทำให้บุคคลกลุ่มนี้ยังคงมีทัศนคติและความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่อย่างมาก (ประกิต วาธิสาทกกิจ, 2564)

แม้ว่าความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างไม่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับ ENCP แต่เมื่อพิจารณาคะแนนความตั้งใจพบว่าอยู่ในระดับมากทั้งก่อนทดลอง ($\text{mean}=9.03$, $\text{S.D.}=3.24$) และหลังการทดลอง ($\text{mean}=9.19$, $\text{S.D.}=4.11$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.30 พยายามเลิกบุหรี่ไฟฟ้าแต่มีปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่อีกเมื่อมีความเครียดและไม่สามารถจัดการกับอาการอยากบุหรี่ที่เกิดจากการติดสารนิโคตินอย่างเหมาะสมได้ และร้อยละ 26.60 ของกลุ่มตัวอย่างยังคงมีความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกบุหรี่มวนได้ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ (ร้อยละ 16.70) สอดคล้องกับการวิจัยของ Farsalions (2018) ศึกษาพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า และพบว่าคนที่วัยรุ่นสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยให้เลิกบุหรี่มวนนั้น กลับทำให้ผู้สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวนเพิ่มขึ้นและไม่สามารถเลิกบุหรี่ไฟฟ้าได้เนื่องจากยังมีภาวะการ

ติดสารนิโคตินอยู่ และสอดคล้องกับ Skerry, Lusher and Banbury (2018) ซึ่งวิจัยพบว่าร้อยละ 96.90 ของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากถูกชักชวนโดยเพื่อนให้สูบบุหรี่ต่อเนื่อง ทำให้มีการติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง และอาจไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือได้รับการให้คำปรึกษา และใช้อุปกรณ์ช่วยเลิกบุหรี่อื่นๆ ร่วมด้วยเมื่อต้องการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับนักวิชาการจากหลายสถาบันที่มีความเชื่อมั่นยิ่งขึ้นไปในทางที่ว่าจากความเข้าใจที่ผิดว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ธรรมดา ทำให้ผู้สูบโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นและผู้ใหญ่อายุน้อยมีแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อย เช่น ผู้ใหญ่กว่าครึ่งที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าแต่ระดับคะแนนความตั้งใจน้อยมากเพียงแค่ 3.90 จาก 10 คะแนน (ประกิต วาธิสาทกกิจ, 2564) นอกจากนี้การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลทำให้ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าลดลง ดังที่ เรืองฤติ ปธานวนิช (2564, อ้างถึงในประกิต วาธิสาทกกิจ, 2464) วิจัยพบว่ามีปัจจัยหลัก 5 ประการที่ทำให้เด็กไทยเสี่ยงติดบุหรี่ไฟฟ้า คือ มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เสี่ยง 4 เท่า เพื่อนยอมรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เสี่ยง 2 เท่า มีพ่อหรือแม่ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เสี่ยง 6 เท่า สูบบุหรี่ธรรมดาอยู่แล้วทำให้เสี่ยง 4 เท่า และคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยทำให้เสี่ยง 5 เท่า

นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่เปลี่ยนแปลง คือการที่มหาวิทยาลัยยังไม่มีมาตรการรณรงค์อย่างเป็นรูปธรรมให้เป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่อย่างแท้จริง ทำให้

ขาดบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ และอาจส่งผลให้จำนวนนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากการแนะนำของเพื่อนหรือบุคคลที่สูบในปัจจุบัน ด้วยเหตุนี้ในปลายปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ผู้บริหารและอาจารย์ขององค์การนักศึกษาจึงมีดำริและสนับสนุนให้อาจารย์และนักศึกษาจากองค์กรนักศึกษาและของคณะพยาบาลศาสตร์เข้ารับการอบรม และทำวิจัยเพื่อการพัฒนาให้เป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่อย่างสมบูรณ์แบบ ซึ่งขณะนี้กิจกรรมดังกล่าวอยู่ในช่วงการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สามารถทำรูปแบบโปรแกรม ENCP ไปประยุกต์ในการดูแลและสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษา เพราะลักษณะของโปรแกรมทั้งข้อความและรูปภาพที่เข้าใจง่าย โดยอาจเพิ่มเติมเนื้อหาและรูปภาพที่ทันสมัยได้

1.2 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า โดยต้องเป็นสิ่งแวดล้อมที่ลดความเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า เช่น อยู่ห่างจากเพื่อนที่สูบหรือบุคคลที่สนับสนุนการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งหากจัดสิ่งแวดล้อมได้ดังนี้จะนำไปสู่พฤติกรรมเลิกบุหรี่ไฟฟ้าได้ในที่สุด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยในลักษณะนี้ โดยใช้เวลานานขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้สูบมีความรู้ เกิดความตระหนักเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าอย่างแท้จริง

2.2 ควรศึกษาโปรแกรมที่สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าให้ได้ก่อน รวมทั้งมีแนวทางการจัดการความเครียดแก่ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เข้าร่วมในโปรแกรมด้วยเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่มวนหรือสูบบุหรี่ไฟฟ้าซ้ำเพื่อลดความเครียดซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ระหว่างการทดลอง

เอกสารอ้างอิง

- นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ และศิริพร พูลรักษ์. (2563). The happiness of giving of AU ambassadors for stop smoking. ในฤดี ปุงบางกะดี, และชฎาภา ประเสริฐทรง (บรรณาธิการ), *เรื่องเล่าชมรม นักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่*. (น. 22-27). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
- ประกิต วาธิสารกิจ. (2564). การประชุมวิชาการสถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้า และแนวทางการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบเข้ากับหลักสูตรพยาบาลศาสตร์อย่างต่อเนื่อง, โดยเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี, กรุงเทพมหานคร.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย). (2563). *การแถลงข่าววิกฤตสุขภาพเยาวชนไทยจากภัยบุหรี่ไฟฟ้า*. สืบค้นจาก <https://news.thaipbs.or.th/cont/.286975>
- Allen, J. P., Unger, J. B., Garcia, R., Baezconde-Garbanati, L., & Sussman, S. (2015). Tobacco attitudes and behavior of vape shop retailer in Los Angeles. *American Journal of Health behavior*, 39(6), 794-798.
- Anand, V., McGinty, K. L., & Martin, C. A. (2015). E-cigarette use and beliefs among urban public high school students in North Carolina. *The Journal of Adolescent Health*, 57(1), 46-51.
- Barbeau, A. M., Burda, J., & Siegel, M. (2013). Perceived efficacy of e-cigarettes versus nicotine replacement therapy among successful e-cigarette users: A qualitative approach. *Addiction Science & Clinical Practice*, 8(5), 2-7.
- Brewer, N. T., Jeong, M., Hall, M. G., Baig, S. A., Mendel, J. R., Lazard, A. J., & Ribisl, K. M. (2019). impact of e-cigarette health warnings on motivation to vape and smoke. *Tobacco Control*, 28(1), 64-70.
- Callahan-Lyon, P. (2014). Electronic cigarettes: human health effects. *Tobacco Control*, 23(2), 36-38.
- Center for Disease Control and Prevention. (2019). *Outbreak and lung injury association with the use of e-cigarette, or vaping, products: Information for clinician*. Retrieved from [cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarette/severe-lung-disease.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarette/severe-lung-disease.html)
- Chen, L. H., Baker, T., Brownson, R. C., Carney, R. M., Jorenby, D., Hartz, S., & Bierut, L. J. (2017). Smoking cessation and electronic cigarettes in community mental health centers: Patient and provider perspectives. *Community Mental Health Journal*, 53(6), 695-702.

- Chotbenjamaporn, P., Haruhansapong,V., Jumriangrit, P., Pitayarangsarit, S., Agarwa, N., & Garg, R. (2017). Tobacco use among thai students: Results from the 2015 global youth tobacco survey. *Indian Journal of Public Health*, 61(5), 40-46.
- Cooper, M., Loukas, A., Harrell, M. B., & Perry, C. L. (2016). Comparing young adults to older adults in e-cigarette perception and motivations for use: Implications for health communication. *Health Educational Research*, 31(4), 429-438.
- Cooper, M., Loukas, A., Harrell, M. B., & Perry, C. L. (2017). College students' perceptions of risk and addictiveness of e-cigarettes and cigarettes. *Journal of American College Health*, 65(2), 103-111.
- Eltorai, A. EM., Choi, A.R. & Eltorai, A. S. (2019). Impact of electronic cigarettes on various organ system. *Respiratory Care*, 64(3), 328-336.
- Farsalions, K. E. (2018). E-cigarettes: An aid in smoking cessation, or a new health hazard?. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 12, 1-20.
- Ferkol, T. W., Farber, H. J., Grutta, S. L., Leone, F. T., Marshall, H. M., Neptune, E.,... & Schraufnagel, D. E. (2018). Electronic cigarette use in youths: A position statement of the forum of international Respiratory Societies. *European Respiratory Journal*, 51(5), 1-9.
- Gentzke, A. S., Creamer, M., Cullen, K. A., Ambrose, B. K., Willis, G., Jamal, A., King, B. A. (2019). Vital signs: Tobacco product use among middle and high school students-United States, 2011-2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(6), 157-164.
- Gorukanti, A., Delucchi, K., Ling, P., Fisher-Travis, R., & Halpern-Felsher, B. (2017). Adolescents' attitudes towards e- cigarette ingredients, safety, addictive properties, social norms, and regulation. *Preventive Medicine*, 94, 65-71. Doi.10.1542/peds.2004-0893.
- Grana, R. A., Ling, P. M., Benowitz, N., & Glantz, S. (2014). Electronic cigarettes. *National Institutes of Health*, 129(19), 490-492.
- Harinie, L. T., Sudiro, A., Rahayu, M., & Fatchan, A. (2017). Study of Bandura's social cognitive learning theory for the entrepreneurship learning process. *Social Science*, 6(1), 1-6.
- Hiemstra, M., Ringlever, L., Otten, R., Schayck, O. C., & Engels, R. C. (2012). Smoking-specific communication and children's smoking onset: An extention of the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 1-18. Doi:10.1080/08870446.2012.677846.
- Jiang, N., Man, P.W., Sin, Y. H., Lok, T. L. & Tai, H. L. (2016). Electronic cigarette use among adolescents: A cross-sectional study in Hong-Kong. *BMC Public Health*, 16(202), 1-8.

- Kirk, R.E. (2013). *Experimental Design: Procedures for the behavioral sciences*. (4thed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mantey, D. S., Cooper, M. R., Loukas, A., & Perry, C. L. (2017). E-cigarette use and cigarette smoking cessation among Texas college students. *American Journal of Health Behavior*, 41(6), 750-759.
- Merianos, L. A., Gittens, O. E., & Mahabee-Gittens, E. M., (2016). Depiction of health effects of electronic cigarette on YouTube. *Journal of Substance Use*, 21(6), 614-619.
- Moheimani, R. S., Bhetaratana, M., Peter, K. M., Yang, B. K., Yin, F., Gornbein, J., & Middlelekauff, H. R. (2017). Sympathomimetic effects of acute e-cigarette use: Role of nicotine and non-nicotine constituents. *Journal of the American Heart Association*, 10(9), Doi.10.1161/JAHA.117.006579.
- Mukhtar, M., Khan, T. M., & Long, C. M. (2016). E-cigarette: More harm than good?. *Proceeding of Singapore Healthcare*, 25(2), 115-116.
- O'Connor, S., Pelletier, H., Bayoumy, D., & Schwartz, R. (2019). *CATCH my breath: Sample of a take-home activity. Interventions to Prevent Harms from Vaping* (Special report). The University of Texas MD Anderson Cancer Center, USA.
- Palanidas, A., Tsikrika, S., Katsaounou, P. A., Vakali, S., Gennimata, S., Kaltsakas, G., & Koulouris, N. (2017). Acute effects of short term use of e-cigarettes on airways physiology and respiratory symptoms in smokers with and without airway obstructive diseases and in healthy non-smokers. *Tobacco Prevention & Cessation*, 3(5), 1-8.
- Poonruksa, S. (2017). *The factor contributing to the perception of health effects of electronic cigarette among Assumption University students* (Research report). Assumption University of Thailand, Bangkok.
- Rahman, A. U., Mohamad, M. H. N., & Jamshed, S. (2015). Safety and effectiveness of electronic cigarette as vapers perspective: A qualitative approach. *International Medical Journal*, 22(5), 362-366.
- Richmond, S. R., Pike, L., Maguire, J. L., & Macpherson, A., (2018). E-cigarette: A new hazard for children and adolescents. *Pediatrics & Child Health*, 23(4), 255-259.
- Setchoduk, K. (2018). Tobacco smoking behaviors of baccalaureates student, Thailand. *ABAC journal*, 38(1), 152-170.
- Skerry, A., Lusher, J., & Banbury, S. (2018). Electronic cigarette users lack intention to quit vaping. *MOJ Addiction Medical & Therapy*, 5(5), 204-207.

- Villanti, A. C., Feirman, S. P., Niaura, R. S., Pearson, J. L., Glasser, A.M., Collins, L. K., & Abrams, D. B. (2017). How do we determine the impact of e-cigarettes on cigarette smoking cessation or reduction? Review and recommendations for answering the research question with scientific rigor. *Addiction*, 113(3), 391-404.
- Washington State Institute for Public Policy. (2014). *Tobacco and e-cigarette prevention: What works?*. Retrieved from www.wsipp.wa.gov
- Wong, L. P., Mohamad Shakir, S. M., Alias, H., Aghamohammadi, N., & Hoe, V. C. (2016). Reasons for using electronic cigarettes and intentions to quit among electronic cigarette users in Malaysia. *Journal of Community Health*, 41(6), 1101-1109.

การสังเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

ศากุล ช่างไม้*, สุปราณี แดงวงษ์*, ทิพา ต่อสกุลแก้ว*, พัทธราภรณ์ โกโค**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อ 1) สังเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง 2) จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566) สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเอกสาร

วิธีดำเนินการวิจัย : เอกสารที่ใช้ในการศึกษา เป็นรายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ปีการศึกษา 2561, 2562, และ 2563 วิเคราะห์ตามกรอบการประเมินคุณภาพทั้ง 6 ด้าน และเกณฑ์ของตัวบ่งชี้ระดับบัณฑิตศึกษา ตามคู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นบันทึกข้อมูลตามกรอบการประเมินคุณภาพทั้ง 6 ด้าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสกัดเนื้อหาสำคัญจากรายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาและสังเคราะห์เป็นข้อสรุป

ผลการวิจัย: 1) การบริหารจัดการหลักสูตรเป็นไปตามเกณฑ์ของตัวบ่งชี้ระดับบัณฑิตศึกษาตลอด 3 ปีการศึกษา 2) จำนวนนักศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายแต่การพัฒนานักศึกษาทำได้ดีและผลงานบัณฑิตมีการเผยแพร่ในดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย 3) คุณภาพอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรเป็นไปตามเกณฑ์คือการศึกษาระดับปริญญาเอก และมีตำแหน่งทางวิชาการ โดยการคงอยู่ของอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรมีความต่อเนื่องตลอด 3 ปีการศึกษา 4) การบริหารหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนของสาระวิชาต่างๆ ทำให้หลักสูตรมีการดำเนินงานที่วางระบบการจัดการเรียนการสอนของสาระวิชาตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ และเป็นไปตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ 5) การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อหลักสูตรที่สำคัญคือการระบาดของโรคโควิด19 ที่ต้องปรับการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ และ 6) แผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาหลักสูตรเน้นการพัฒนาความเชี่ยวชาญการปฏิบัติของอาจารย์ การพัฒนานักศึกษาสู่การพยาบาลสากล และหลักสูตรปรับปรุงที่มีจำนวนหน่วยกิต น้อยลงแต่ไม่น้อยกว่า 36 หน่วยกิต

สรุปและข้อเสนอแนะ : การจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน สถาบันอุดมศึกษาภาคเอกชนที่จัดการศึกษานี้ สามารถนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูล เพื่อการปรับปรุงหลักสูตรดังกล่าวสำหรับปี พ.ศ. 2566 หรือใช้สำหรับเปรียบเทียบคุณภาพการจัดการศึกษากับสถาบันอื่นต่อไป

คำสำคัญ: รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายใน, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเอกชน

Synthesis of Self Quality Assessment Report of Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing at a Private University

Sakul Changmai*, Supranee Tangwong*, Tipa Tosakulkaew*, Phatcharaporn Poko**

Abstract

Objectives: To 1) Synthesize the quality self-assessment report of the Master of Nursing Science program (Adult and Gerontological Nursing), College of Nursing, at a private University, and 2) Make recommendations for the improvement of the Master of Nursing Science program (Adult and Gerontological Nursing) (Revised Curriculum B.E. 2566), College of Nursing, at a private University.

Research Design: Documentary Research

Methodology: Documentary reports were examined, including the three academic years of self-assessment report of the Master of nursing science program (Adult and Gerontological Nursing), (academic year B.E. 2561, 2562, and 2563). These reports were analyzed under the six assessment frameworks and specific criteria for postgraduate study according to the Educational Quality Assurance Manual of this university. The research instrument was a record form containing the six assessment frameworks for analysis of internal self-assessment report of the curriculum revealing the Content validity index (CVI) of 1.00. Data were analyzed by key content analysis to gain and synthesize consistent conclusions.

Findings: 1) The administration of this program met the criteria of graduate school indicators over 3 academic years, 2) The number of students did not meet the target, but the student development was good, and the graduates had their work published in journals of Thailand citation index (TCI), 3) The quality of the instructors responsible for the program met the criteria of having doctoral degree with the academic positions, and the instructors responsible for the program were retained throughout the three academic years, 4) The program administration was performed with a systematic teaching and learning management, by allocating each subject matter according to the instructors' expertise and in accordance with the Thailand qualifications framework (TQF) standards of the graduate level in Nursing Science Branch, 5) The important changing affected the curriculum management was the outbreak of COVID-19, and 6) An action plan for curriculum improvement was proposed including enhancing the expertise of teachers in faculty practice, developing students into Global nursing and making the revised curriculum with fewer credits but not less than 36 credits.

Conclusion and recommendations: The findings indicate that the Master of Nursing Science program (Adult and Gerontological Nursing) held quality and standard of education. This Private university that conducted this program may use the data from this study for improving the program for year B.E.2566, or use for benchmarking quality of education in this program further with other institutions.

Keywords: Internal self-assessment report, Master of nursing science, Adult and gerontological nursing, Private university

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 9(1), 39-58

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

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

Corresponding author, e-mail: schangmai@hotmail.com, Tel. 089-212-6961

Received: 17 May 2022, Revised: 1 June 2022, Accepted: 9 June 2022

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

กรอบแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2551–2565) กำหนดแนวทางการพัฒนาและแก้ปัญหาการอุดมศึกษาที่ไร้ทิศทาง ขาดข้อมูล ขาดคุณภาพ และขาดประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกการประเมินคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาในการดำเนินงาน กล่าวคือ ให้มีการสร้างกลไกการประเมินคุณภาพสถาบันอุดมศึกษาตามพันธกิจของสถาบันในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เกิดการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศต่างกันตามความหลากหลายของแต่ละสถาบัน ซึ่งระบบอุดมศึกษาแต่ละกลุ่มเหล่านี้ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการอุดมศึกษาและส่งผลที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศ (คณะสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2550) ดังนั้นในกฎกระทรวงว่าด้วยการประกันคุณภาพการศึกษา พ.ศ. 2561 จึงได้กำหนดให้ “สถานศึกษาแต่ละแห่งจัดให้มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในสถานศึกษา โดยการกำหนดมาตรฐานการศึกษาของสถานศึกษาให้เป็นไปตามมาตรฐานการศึกษาแต่ละระดับและประเภทการศึกษาที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการประกาศกำหนด” หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในโดยกระทรวงศึกษาธิการ (2561) คือการใช้ระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายในที่ครอบคลุมปัจจัยนำเข้า และกระบวนการซึ่งสามารถส่งเสริมและนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในประกอบด้วย 1) ระดับหลักสูตร มีทั้งการควบคุมคุณภาพ การติดตามตรวจสอบคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพ การพัฒนาตัวบ่งชี้

และเกณฑ์การประเมินฯ เน้นที่ระบบการประกันคุณภาพการศึกษามากกว่าการประเมินคุณภาพ เพื่อให้สามารถส่งเสริม สนับสนุน กำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามที่กำหนด สะท้อนคุณภาพของการจัดการศึกษา 2) ระดับคณะและระดับสถาบัน เป็นการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษาภายในโดยยึดหลักเสรีภาพทางวิชาการ และควมมีอิสระของสถานศึกษา เป็นการประเมินความเข้มแข็งทางวิชาการเป็นหลัก 3) การให้อิสระกับสถาบันอุดมศึกษาในการออกแบบระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายใน และ 4) การเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพอื่นที่กำหนดและเป็นนโยบายของกรรมการการอุดมศึกษา (กกอ.) โดยเฉพาะเรื่องกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และการเชื่อมโยงกับการประกันคุณภาพภายนอกของสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) เพื่อไม่ให้เป็นการทำงานซ้ำซ้อนเกินความจำเป็นหรือสร้างภาระให้กับหน่วยงาน โดยเฉพาะอาจารย์

ปัจจุบันการดำเนินการของหลักสูตรระดับอุดมศึกษา ขึ้นอยู่กับหน่วยงานต้นสังกัดคือสำนักงานปลัด กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สป.อว.) ซึ่งกำหนดกรอบของการดำเนินงานของแต่ละหลักสูตร ให้เป็นไปตามเกณฑ์หรือตัวบ่งชี้ตามคู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยกรอบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตร ในองค์ประกอบประกันคุณภาพหลักสูตร ตัวบ่งชี้ที่ 1 การบริหารจัดการหลักสูตรตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรที่กำหนดโดยสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ฉบับ พ.ศ. 2558 โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินในหลักสูตรระดับปริญญาตรี จำนวน 5 ข้อ

และระดับบัณฑิตศึกษา จำนวน 10 ข้อ ซึ่งข้อที่มีความสำคัญยิ่งอันแสดงถึงความทันสมัยของหลักสูตรคือ เกณฑ์การประเมินข้อที่ 11 ที่ว่า จะต้องมีการปรับปรุงหลักสูตรในรอบ 5 ปี ให้แล้วเสร็จและอนุมัติให้ความเห็นชอบโดยสภามหาวิทยาลัย/สถาบัน เพื่อให้หลักสูตรใช้งานในปีที่ 6 ได้ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2560)

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ได้ดำเนินการตามนโยบายของมหาวิทยาลัยและตามเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ในการดำเนินงานการประกันคุณภาพการศึกษา โดยมีการตรวจประเมินคุณภาพภายในระดับหลักสูตรเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกปี และทำรายงานการประเมินตนเองระดับหลักสูตรเพื่อรองรับการตรวจประเมินทุกปี ซึ่งในการจัดทำรายงานการประเมินตนเองได้ยึดหลักเกณฑ์การประเมินของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) รวมทั้งตัวชี้วัดของมหาวิทยาลัย ซึ่งการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตร ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ และ 14 ตัวบ่งชี้ โดยที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เริ่มใช้หลักสูตรฯ นี้มาตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 และมีการจัดทำรายงานการประเมินตนเองระดับหลักสูตร ตั้งแต่ปีการศึกษา 2561-2563 และในปีการศึกษา 2566 จะต้องมีการปรับปรุงหลักสูตรฯ ตามรอบระยะเวลา 5 ปี ตามเกณฑ์ตัวบ่งชี้ เพื่อให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับนโยบายด้านการศึกษาของประเทศ ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรฯ จึงเห็นความจำเป็นในการทำวิจัยเพื่อเป็นการสังเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพตนเองระดับหลักสูตรตั้งแต่ปีการศึกษา 2561-2563 ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึง

ผลของการดำเนินงานในการควบคุมคุณภาพการศึกษาของหลักสูตร และเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานการจัดการศึกษาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. สังเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง
2. จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเอกสาร (Documentation research) ที่นำผลการประเมินคุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในรอบ 3 ปีการศึกษา คือปีการศึกษา 2561, 2562, และ 2563 มาทำการวิเคราะห์ตามกรอบการประเมินทั้ง 6 ด้าน (มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2564) ได้แก่ 1) การบริหารจัดการหลักสูตรตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรฯ 2) นักศึกษาและบัณฑิต 3) คุณภาพอาจารย์/การบริหารและพัฒนาอาจารย์และผลที่เกิดขึ้นกับอาจารย์ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับรายวิชาในหลักสูตรและการบริหารหลักสูตร 5) การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อหลักสูตร และ 6) แผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาหลักสูตร ร่วมกับจุดเด่น จุดที่ควรพัฒนา และข้อเสนอแนะในการพัฒนา ซึ่งเป็นข้อสรุปจาก

คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตร เพื่อนำมาสังเคราะห์และสรุปเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์

การสังเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพตนเองระดับหลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ในการวิจัยครั้งนี้จะทำให้เห็นบทสรุปจากการประกันคุณภาพการศึกษาของหลักสูตรฯ ตลอด 3 ปีการศึกษาในภาพรวม และนำบทสรุปดังกล่าวมาเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566) สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนนี้ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเอกสาร จากรายงานการประเมินคุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในรอบ 3 ปีการศึกษา คือ ปีการศึกษา 2561, 2562, และ 2563 โดยดำเนินการในช่วงเดือน มกราคม-มีนาคม พ.ศ.2565

เอกสารที่ใช้ในการศึกษา เป็นรายงานการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ของปีการศึกษา 2561, 2562, และ 2563 ที่นำมาทำการวิเคราะห์ตามกรอบการประเมินทั้ง 6 ด้าน ตามคู่มือการประกันคุณภาพการศึกษา ปีการศึกษา 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลการประเมินคุณภาพสำหรับวิเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาระดับหลักสูตร ตามกรอบการประเมินทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การบริหารจัดการหลักสูตรตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรฯ 2) นักศึกษาและบัณฑิต 3) อาจารย์: คุณภาพอาจารย์/การบริหารและพัฒนาอาจารย์ และผลที่เกิดขึ้นกับอาจารย์ 4) รายวิชาในหลักสูตร และการบริหารหลักสูตร 5) การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อหลักสูตร และ 6) แผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาหลักสูตร ซึ่งแบบวิเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาระดับหลักสูตรนี้ ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิภายในสถาบัน ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารหลักสูตรโดยตรง จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยอธิการบดีด้านวิชาการ 1 ท่าน และอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา จำนวน 2 ท่าน โดยให้ความเห็นสอดคล้องกับแบบวิเคราะห์หลักสูตรตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ และเนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเอกสารจึงเข้าข่ายการได้รับการยกเว้นการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยเสนอต่อคณบดีก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลจากรายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของหลักสูตรแต่ละปีการศึกษามาใส่ลงในตารางแยกแต่ละปีการศึกษาตามแบบวิเคราะห์รายงานและกรอบการประเมินทั้ง 6 ด้าน จากนั้นดำเนินการสกัดข้อมูลจากรายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในฯ ทั้ง 3 ปีการศึกษา ตามแบบวิเคราะห์หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นโดยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบและทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปเป็นผลการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในรอบปีการศึกษา 2561-2563 ได้สังเคราะห์ผลการประเมินและความเห็นของผู้ประเมินตามกรอบการรายงานผลการประเมิน จุดเด่น จุดที่ควรพัฒนา และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรฯ สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ ดังนี้

1. การบริหารจัดการหลักสูตร ผลการวิเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพฯ ในรอบ 3 ปีการศึกษาดังกล่าวพบว่าผ่านตามเกณฑ์ทุกข้อ แต่มีประเด็นสำคัญในปีการศึกษา 2561 คือ การมอบหมายอาจารย์ให้เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ควรให้มีความสมดุลและเฉลี่ยตามจำนวนนักศึกษา อย่างไรก็ตาม ในปีการศึกษาต่อมา ไม่มีประเด็นใดที่เป็นข้อสังเกตให้เพิ่มเติม

2. นักศึกษาและบัณฑิต

2.1 คุณภาพบัณฑิตตามกรอบ มคอ. ผลการวิเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพฯ ในรอบ 3 ปีการศึกษาดังกล่าวพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินจากความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตทั้งสามปีการศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทุกปี ทั้งด้านคุณธรรม-จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งด้านเจตคติต่อหน่วยงานที่สังกัดและด้านอัตลักษณ์บัณฑิตของมหาวิทยาลัย

2.2 ผลงานตีพิมพ์ของผู้สำเร็จการศึกษา ผลการวิเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพฯ ในรอบ 3 ปีการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้สำเร็จการศึกษามีการตีพิมพ์ในฐาน TCI 1 และฐาน TCI 2 อย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

2.3 การรับนักศึกษา ผลการวิเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพฯ ในรอบ 3 ปีการศึกษาดังกล่าวพบว่า จำนวนนักศึกษาใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายคือ 15 คน ทั้งนี้มีการเสนอแนวทางในการเพิ่มจำนวนนักศึกษาใหม่คือการประชาสัมพันธ์หลักสูตรผ่านเครือข่ายศิษย์เก่าทั้งทางตรงและทางอ้อม ผ่านทาง Social network และการจัดโครงการบริการวิชาการแก่สังคม ณ โรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงภูมิภาคตะวันตก การประชาสัมพันธ์ร่วมกับการฝึกภาคปฏิบัติ ณ แหล่งฝึกต่างๆ

2.4 การส่งเสริมและพัฒนานักศึกษา และผลที่เกิดกับนักศึกษา ประกอบด้วย

2.4.1 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าศึกษา ด้วยการประเมินความรู้และเสริมความรู้ ภาษาอังกฤษ และเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร เตรียมความสามารถในการเขียนเอกสารทางวิชาการ และทักษะการอ่านเข้าใจเร็ว รวมทั้งจัดโครงการปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ก่อนวันเปิดภาคการศึกษา เพื่อให้ นักศึกษาใหม่ทุกคนได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญา วัตถุประสงค์ และระบบการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ระบบการดูแลให้คำปรึกษานักศึกษา และแนวทางการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร ทั้งนี้ยังเป็นการเสริมสร้างเจตคติและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักศึกษา กับคณาจารย์ และเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมพัฒนาด้านจริยธรรมและกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้กับนักศึกษา รวมทั้งแจ้งสวัสดิการต่างๆ ที่มหาวิทยาลัยจัดไว้บริการนักศึกษา ทำให้ความพึงพอใจต่อการจัดปฐมนิเทศนักศึกษาเพิ่มขึ้นทุกปี ($\bar{X}$ =4.46, 4.53, 4.75 ตามลำดับ) ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะจากปีที่ผ่านมาคือเสนอให้จัดทำคู่มือการใช้งานในระบบเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น

การเข้าใช้งานในระบบการสืบค้นฐานข้อมูล CINAHL, ProQuest, e-Books และระบบ Digital student จึงเริ่มจัดให้มีตั้งแต่ปีการศึกษา 2561

2.4.2 การให้คำปรึกษาด้านวิชาการและแนะแนวแก่นักศึกษา การประเมินคุณภาพฯ ในรอบ 3 ปีการศึกษาพบว่าการทำงานที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านวิชาการอยู่ในระดับดีมากมาตลอด แต่นักศึกษามีข้อเสนอแนะให้อาจารย์ที่ปรึกษาด้านวิชาการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในรายวิชาวิทยานิพนธ์ด้วย จึงได้จัดให้อาจารย์ที่ปรึกษาด้านวิชาการได้เข้าร่วมสัมมนารายวิชาวิทยานิพนธ์ด้วยตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 และสามารถให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาได้

2.4.3 การให้คำปรึกษาด้านการทำวิทยานิพนธ์ มีการแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามระเบียบปฏิบัติในการศึกษารายวิชาวิทยานิพนธ์ ซึ่งการเรียนรายวิชาวิทยานิพนธ์ แบ่งเป็น 4 รายวิชา ในภาคการศึกษาที่ 1 เป็นวิชาวิทยานิพนธ์ 1 (การสอบหัวข้อวิทยานิพนธ์) ภาคการศึกษาที่ 2 เป็นวิชาวิทยานิพนธ์ 2 (การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์) และวิทยานิพนธ์ 3 (การเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และรายงานบทที่ 1, 2, 3, 4) และภาคฤดูร้อนเป็นวิทยานิพนธ์ 4 (สอบป้องกันวิทยานิพนธ์) ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่ประเมินว่าการแบ่งเป็น 4 รายวิชามีความเหมาะสม และกรรมการผู้ประเมินคุณภาพการศึกษาเห็นว่าเป็น **จุดแข็งของหลักสูตรฯ** เพราะนักศึกษาสามารถบริหารจัดการตามขอบเขตของแต่ละรายวิชาได้

ทั้งนี้หัวข้อในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานที่นักศึกษาปฏิบัติงานอยู่ กล่าวคือสามารถนำไปพัฒนางานในคลินิกของหน่วยงาน

ได้ ส่วนรายละเอียดของการเรียนรายวิชาวิทยานิพนธ์ทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาและนักศึกษาทำการตกลงร่วมกันในการให้คำปรึกษา โดยนัดหมายวันและเวลาล่วงหน้าทุกสัปดาห์ นักศึกษาประเมินผลความพึงพอใจของการเรียนรู้ในรายวิชาวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับดีมาก และไม่มีข้อเสนอแนะอื่น

2.4.4 การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

ในแผนกลยุทธ์การดำเนินพันธกิจอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยนี้ ปีการศึกษา 2561-2563 ได้กำหนดเป้าประสงค์การส่งเสริมและสนับสนุนการจัดโครงการ/กิจกรรมพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนให้มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และแนวทางการประกอบอาชีพอิสระ ได้แก่ทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการสร้างนวัตกรรม ทักษะการใช้สารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยีดิจิทัล ทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพอิสระ และทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ ซึ่งคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ ได้ดำเนินการโดย 1) บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรฯ 2) จัดโครงการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษเพื่อนำไปใช้ในโครงการศึกษาดูงานและสัมมนาวิชาการในรายวิชาสัมมนากลยุทธ์การบริหารพหุวัฒนธรรมในองค์กรและการพยาบาลพหุวัฒนธรรมเพราะต้องใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารในเอกสารประกอบโครงการ 3) จัดโครงการพัฒนาทักษะด้านสารสนเทศ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการสืบค้นข้อมูลเพื่อการวิจัย รวมทั้งการวางแผนการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ในการทำวิจัยให้กับนักศึกษา โดยแทรกการเรียนรู้แบบด้วยการวิจัยเป็นฐาน (Research-based) และมีการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาก่อนสำเร็จการศึกษาในโครงการปัจฉิมนิเทศที่ครอบคลุมทั้ง

เรื่องการวางแผน ด้านการเงิน ด้านวิชาการ และด้านการสร้างเครือข่าย ตลอดจนการพัฒนาตนเองในบัณฑิตความก้าวหน้าของวิชาชีพ (Career path) ซึ่งนักศึกษาประเมินผลชัดเจนว่าเป็นประโยชน์ต่อการทำงานในอนาคตอย่างมาก และสิ่งที่หลักสูตรฯ สนับสนุนให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ คิดวิเคราะห์ เชิงระบบ สืบค้นงานวิจัยเพื่อนำมาสู่การพัฒนานวัตกรรมในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เป็นการติดอาวุธทางปัญญา (Wisdom) ให้กับนักศึกษาเพื่อส่งเสริมกระบวนการคิดสร้างสรรค์ต่อยอด (Generative-based learning) ในอนาคตเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว

2.4.5 การพัฒนาศักยภาพนักศึกษา จากการพัฒนาในข้อ 2.4.4 ทำให้นักศึกษาสร้างผลงานวิจัย งานสร้างสรรค์และนวัตกรรมที่นำองค์ความรู้ไปใช้ต่อยอดยุทธศาสตร์ชาติ ทำให้ในช่วงปีการศึกษา 2561-2563 นักศึกษามีการสร้างสรรค่นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สนใจหรือให้การดูแลอยู่ ณ โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ โดยผ่านกระบวนการสอนที่เน้นการพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากษ์และการคิดเพื่อแก้ปัญหาทางคลินิก นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการใช้ภาษาอังกฤษในการอ่านบทความวิจัย และทักษะด้านสารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยี ในการค้นคว้างานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทั่วโลก ผลที่เกิดขึ้นนักศึกษาได้พัฒนานวัตกรรม เช่น 1) ปฏิทินเตือนความจำและจัดยาสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีการใช้ QR code 2) นวัตกรรมการพยาบาลผู้ป่วยในการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (Patient Controlled Analgesia : PCA) 3) นวัตกรรม แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน

4) การเยี่ยมบ้านแบบออนไลน์ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) และ 5) นวัตกรรมการกำกับตนเองและทักษะการเผชิญความเจ็บป่วยโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

2.4.6 ผลที่เกิดขึ้นกับนักศึกษา ในประเด็นการคงอยู่และการสำเร็จการศึกษาตามแผนการศึกษา พบว่า มีอัตราการคงอยู่ของนักศึกษาคิดเป็นร้อยละ 100 ตลอด 3 ปีการศึกษา เป็นเพราะหลักสูตรมีระบบการดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิด นักศึกษาเข้าถึงอาจารย์ที่ปรึกษาโดยผ่านการติดต่อหลายช่องทางเช่น ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ นักศึกษามีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่สามารถแลกเปลี่ยนความรู้กับอาจารย์ได้ ส่วนการสำเร็จการศึกษา พบว่า ในปีการศึกษา 2561-2563 มีผู้สำเร็จการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 88.89, 50.00, และ 50.00 ตามลำดับ สาเหตุเนื่องจากการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในหน่วยงานต้องใช้เวลา กอปรกับในปี พ.ศ. 2562-2564 มีการระบาดของโควิด19 ทำให้นักศึกษาไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้และต้องลาพักการศึกษาเป็นระยะเพื่อไปปฏิบัติหน้าที่พยาบาลประจำการใน Cohort ward เป็นส่วนใหญ่

2.4.7 ความพึงพอใจของนักศึกษา ต่อหลักสูตรและผลการจัดการข้อร้องเรียนของนักศึกษาจากการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อหลักสูตรและผลการจัดการข้อร้องเรียนของนักศึกษาที่มีต่อหลักสูตรพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อหลักสูตรในทุกๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลของหลักสูตรฯ ด้านอาจารย์ ด้านสิ่งเอื้ออำนวยต่อการเรียนการสอน อยู่ในเกณฑ์ดีมากทุกด้าน โดยคะแนนรวมเฉลี่ยทุกด้านเพิ่มขึ้นทุกปี (4.81, 4.84, และ 4.88 ตามลำดับ)

3. คุณภาพอาจารย์/การบริหารและ พัฒนาอาจารย์และผลที่เกิดขึ้นกับอาจารย์

3.1 ร้อยละของอาจารย์ประจำหลักสูตรที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก ซึ่งในรอบ 3 ปีการศึกษาดังกล่าวพบว่าอาจารย์ประจำหลักสูตรทั้ง 5 คน มีคุณวุฒิระดับปริญญาเอก คิดเป็นร้อยละ 100

3.2 ร้อยละของอาจารย์ประจำหลักสูตรที่มีตำแหน่งทางวิชาการ ผลการวิเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพฯ ในรอบ 3 ปีการศึกษาดังกล่าวพบว่าทั้ง 5 คน มีตำแหน่งทางวิชาการ คิดเป็นร้อยละ 100

3.3 ผลงานวิจัยของอาจารย์ประจำหลักสูตรที่ได้รับการตีพิมพ์ ผลการวิเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพฯ ในรอบ 3 ปีการศึกษาดังกล่าวพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีการศึกษา (5, 15 และ 8 ชื่อเรื่อง ตามลำดับ) ยกเว้นปีการศึกษา 2563 ที่เป็นผลสืบเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด19 ที่งานวิจัยตีพิมพ์น้อยลงเพราะงานวิจัยไม่เสร็จสมบูรณ์

3.4 การบริหารและพัฒนาอาจารย์:

3.4.1 การแต่งตั้งอาจารย์ประจำหลักสูตรและผู้รับผิดชอบหลักสูตร มีการพิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560 โดยในปีการศึกษา 2560 มีอาจารย์ประจำหลักสูตรลาออก 1 คน คณะกรรมการบริหารหลักสูตรได้ประชุมและพิจารณาอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรซึ่งเป็นอาจารย์ประจำที่มีคุณสมบัติครบถ้วนต่อการเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรและผู้รับผิดชอบหลักสูตรแทน โดยมีคุณวุฒิสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกที่สัมพันธ์กับสาขาวิชาในหลักสูตร มีตำแหน่งทางวิชาการ และมีผลงานทางวิชาการที่ตรงกับสาขาวิชาอย่างน้อย 3 รายการในรอบ 5 ปี ย้อนหลัง จึง

นำเสนอขออนุมัติเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรและผู้รับผิดชอบหลักสูตรฯ ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการบริหารหลักสูตร

3.4.2 การส่งเสริมและพัฒนาอาจารย์

การส่งเสริมและพัฒนาอาจารย์มี 3 ด้าน คือ ด้านคุณวุฒิและตำแหน่งทางวิชาการ ด้านผลงานวิชาการ และด้านการเรียนการสอน ซึ่งเป็นไปตามระบบ กลไก และแผนการพัฒนาอาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ แม้ว่าอาจารย์ประจำหลักสูตรทุกคนมีตำแหน่งทางวิชาการ แต่มีอาจารย์ผู้รับผิดชอบ 2 คน ที่อยู่ในเกณฑ์การขอตำแหน่งทางวิชาการ “รองศาสตราจารย์” ซึ่งในปลายปีการศึกษา 2563 อาจารย์ 1 คน ได้ส่งผลงานเพื่อการขอตำแหน่ง “รองศาสตราจารย์” แล้ว

สำหรับ การพัฒนาผลงานวิชาการและการพัฒนาด้านการเรียนการสอน อาจารย์ได้ทำวิจัย เขียนบทความวิชาการ และตำรา อย่างต่อเนื่อง มีการเผยแพร่ผลงานทุกปีการศึกษา อาจารย์ทุกคนได้เข้าร่วมประชุมทางวิชาการหรือทางวิชาชีพเพื่อพัฒนาตนเอง และนำมาสู่การพัฒนาด้านการเรียนการสอน อาจารย์ประจำหลักสูตรได้เป็นวิทยากรหรือเป็นผู้ทรงคุณวุฒิให้กับสถาบันอื่นๆ ด้วย เช่น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิชาการตีพิมพ์ให้กับวารสารทางการพยาบาลต่างๆ เป็นอาจารย์พิเศษคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และวิทยาลัยพยาบาลทหารบก เป็นต้น

4. ข้อมูลเกี่ยวกับรายวิชาในหลักสูตร และการบริหารหลักสูตร

4.1 สารของรายวิชาในหลักสูตร
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

(หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561) ผ่านการรับทราบ และรับรองโดยสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม และสภาการพยาบาล เนื้อหาสาระของรายวิชาในหลักสูตรมีความเป็นวิทยาการก้าวหน้า รองรับ การดูแลประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในรอบ 10 ปี ทั้งการดูแลกลุ่มประชากรผู้ใหญ่วัยด้วย นักศึกษาสามารถสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่มีปัญหากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้จากการวิเคราะห์การจัดการเรียนรู้ 3 ปีที่ผ่านมา (ปีการศึกษา 2561, 2562 และ 2563) พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบเดิมที่ เน้นการสัมมนาโดยนักศึกษาเป็นผู้นำสัมมนายัง สามารถใช้ได้ดีในการฝึกนักศึกษาให้เป็นผู้ดูแล และสามารถรวบรวมความคิดและสร้างกรอบความ เข้าใจ (Conceptualization) ในเนื้อหาแต่ละ ทฤษฎีได้ จึงยังคงการเรียนรู้ไว้ แต่ในปี การศึกษา 2562 เป็นต้นมา ได้มีการใช้รูปแบบ กรณีศึกษา (Case-based learning) โดยอาจารย์ นำกรณีศึกษาจริงที่ได้จากการนิเทศในรายวิชา ปฏิบัติมาเป็นกรณีศึกษา และให้นักศึกษาอ่าน เนื้อหาที่อาจารย์เป็นผู้สรุปหรือกำหนดในการ เรียนรู้ จากนั้นมาวิเคราะห์ร่วมกันในชั้นเรียน และแม้การเรียนผ่านระบบออนไลน์แต่สามารถทำ ให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้อย่างดี รวมทั้ง กิจกรรมการประเมินตนเองแบบสะท้อนความคิด (Reflection) เพื่อให้นักศึกษามีการกำหนด เป้าหมายของการเรียนรู้ในหลักสูตรด้วยตนเอง มี ประโยชน์ในการทบทวนตนเองของนักศึกษาต่อ การเรียนในหลักสูตร

4.2 การวางระบบผู้สอน และ กระบวนการจัดการเรียนการสอน

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ เป็น ผู้กำกับและวางระบบผู้สอนและกระบวนการ

จัดการเรียนการสอน โดยเน้นให้อาจารย์ ผู้รับผิดชอบรายวิชาที่เป็นวิชาเฉพาะ เช่น วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุชั้นสูง 1 และ 2 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ชั้นสูง 1 และ 2 เป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ซึ่งมีความรู้ความสามารถเป็นที่ยอมรับเพราะสภา การพยาบาลได้รับรองรายชื่ออาจารย์ผู้รับผิดชอบ หลักสูตรแล้ว ทั้งนี้การออกแบบการจัดการเรียน การสอนแต่ละรายวิชา ได้มีการประชุมใน คณะกรรมการบริหารหลักสูตรก่อนการจัดทำ (ร่าง) มคอ.3 และ มคอ.4 ของแต่ละรายวิชา เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนในแต่ละวิชา มี ความสมบูรณ์ สอดคล้องกับคำอธิบายรายวิชา และมีความทันสมัยต่อวิทยาการก้าวหน้าใน ปัจจุบันด้วย

สำหรับกระบวนการจัดการเรียนการ สอนนั้น ในปีการศึกษา 2561 และ 2562 เป็นการ สอนในมหาวิทยาลัย นักศึกษามาเรียนในชั้นเรียน เป็นหลัก แต่ในช่วงปลาย พ.ศ. 2562 ซึ่งอยู่ ในช่วงปีการศึกษา 2562 มีการระบาดของโรคโควิด19 ทำให้มีการสอนแบบผสมผสานทั้งใน มหาวิทยาลัยและแบบออนไลน์ด้วยโปรแกรม Microsoft Teams 365 জনในปีการศึกษา 2563 จึงใช้วิธีการสอนออนไลน์ส่วนใหญ่ เพราะการ ระบาดของโรคยังทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่ง นักศึกษาประเมินผลการเรียนแบบออนไลน์ พบว่า นักศึกษายังได้ความรู้ตามที่หลักสูตร กำหนดไว้ อาจารย์ได้ส่งเอกสารและงานที่ เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้เข้าระบบ MS Teams อย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ อย่างไรก็ตาม นักศึกษาให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าการมาเรียนที่ มหาวิทยาลัยทำให้มีโอกาสได้พบเพื่อน ได้ ใกล้เคียงอาจารย์ ซึ่งเป็นการใช้ชีวิตทางสังคม ร่วมกันในสถาบันซึ่งดีมาก และต้องการกลับมา

เรียนที่มหาวิทยาลัยอีกเมื่อสถานการณ์การระบาดดีขึ้น

สำหรับรายวิชาปฏิบัติวิชาชีพ ปกตินักศึกษาฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุชั้นสูง 1 โดยมีอาจารย์เป็นผู้นิเทศ แต่จากการระบาดของโรคโควิด19 ทำให้นักศึกษารุ่นรหัส 63 ไม่ได้ปฏิบัติกับอาจารย์ในแหล่งฝึกปฏิบัติที่เตรียมไว้ แต่มีการปรับให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานของตนเองโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเช่นเดียวกับรุ่นรหัส 61 และ 62 และมานำเสนอผลการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีกับอาจารย์ผู้สอน ส่วนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถดำเนินการได้คงเดิม ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุชั้นสูง 2 การจัดฝึกปฏิบัติร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced practice nurse: APN) และการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลระยะท้ายนั้น ไม่สามารถดำเนินการได้เพราะโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของงดรับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาทั้งหมด หลักสูตรฯ จึงได้จัดรูปแบบเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์จาก APN และจากพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลงานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลระยะท้ายผ่านระบบออนไลน์ ทำให้นักศึกษาสามารถวิเคราะห์บทบาทของ APN ได้ แต่ยัง ไม่เห็นการทำงานของ APN ด้วยตนเองจึงอาจมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ แต่นักศึกษายอมรับว่าการเรียนรู้ที่ปรับแบบนี้เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดในปัจจุบัน

4.3 การจัดการเรียนการสอนรายวิชาวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ ได้ปรับปรุง/พัฒนากระบวนการการควบคุมหัวข้อวิทยานิพนธ์ให้สอดคล้องกับสาขาวิชาและความก้าวหน้าของศาสตร์ของหลักสูตรโดยอาจารย์ที่ร่วมวิพากษ์และปรับงานวิทยานิพนธ์ให้สอดคล้องกับศาสตร์ของหลักสูตรฯ และ

เสนอแนะรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติมทำให้นักศึกษามีความเข้าใจในงานวิทยานิพนธ์ จนสอบผ่านหัวข้อวิทยานิพนธ์และโครงร่างวิทยานิพนธ์ และสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลจนสอบวิทยานิพนธ์ได้เรียบร้อยทุกคน ทั้งมีการมอบหมายให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ตามความเชี่ยวชาญหรืองานวิชาการที่ตรงกับประชากรเป้าหมายหรือปัญหาทางคลินิกที่นั้นๆ มีการติดตามความก้าวหน้าของการทำวิทยานิพนธ์ทุกสัปดาห์ อย่างไรก็ตาม มีนักศึกษาบางส่วนที่ทำวิทยานิพนธ์ไม่เป็นไปตามแผนเนื่องจากการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยของหน่วยงานมีความล่าช้า หรือนักศึกษาบางรายมีงานในหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบมาจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด19 จึงทำให้อัตราความสำเร็จของการทำวิทยานิพนธ์อยู่ที่ร้อยละ 50-75

4.4 การเผยแพร่ผลงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

ในการเผยแพร่ผลงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักเป็นผู้ให้คำแนะนำหลักในการวางแผนตีพิมพ์โดยการสืบค้นวารสารที่อยู่ในฐานศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thailand Citation Index: TCI) กลุ่ม 1 ก่อน และหากไม่สามารถตีพิมพ์ใน TCI กลุ่ม 1 ได้ จะพิจารณาส่งตีพิมพ์ใน TCI กลุ่ม 2 ซึ่งบทความที่จะส่งตีพิมพ์นั้น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นผู้กลั่นกรองให้ก่อนส่งตีพิมพ์เสมอ

4.5 การประเมินผู้เรียน

การประเมินผู้เรียนเป็นส่วนสำคัญของการตัดสินใจในกระบวนการเรียนรู้ ว่านักศึกษาได้เรียนรู้ตามที่มีการกำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและตามผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes) อย่างไร ซึ่งจากการประเมินคุณภาพการจัดการศึกษาภายในระดับหลักสูตร ในช่วงเวลา 3 ปี คือ ปีการศึกษา 2561-

2563 พบว่าการใช้วิธีการประเมินผู้เรียนในรายวิชาต่างๆ ประกอบด้วย การประเมินแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learner) ประกอบด้วย การสัมมนา (Seminar) การอภิปรายกรณีศึกษา (Case-based learning) การทำรายงานการใช้ทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วย (Theoretical application) การทำนวัตกรรม (Innovation) และการสอบ (Examination) ซึ่งผู้เรียนประเมินแล้วพบว่า การประเมินผลในลักษณะดังกล่าวมีความเหมาะสม แต่ควรมีการสอบกลางภาคด้วย เพื่อแบ่งขอบเขตความรู้ ความเข้าใจต่อเนื้อหาได้ชัดเจนขึ้น สำหรับการประเมินผู้เรียนตามผลลัพธ์การเรียนรู้ มีการกำหนดใน มคอ.3 และ มคอ.4 อย่างชัดเจน และในการประเมินนั้นสามารถดำเนินการได้ตามที่กำหนดทุกวิชาและทุกปีการศึกษา และมีการตรวจสอบผลการประเมินผู้เรียน ทั้งระดับหลักสูตร ระดับคณะ และระดับมหาวิทยาลัย ที่กำหนดไว้ใน มคอ.3 และ มคอ.4 เช่นกัน

สำหรับการทวนสอบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนนั้น มีการทวนสอบผ่านระดับหลักสูตรและระดับคณะ โดยการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาภายหลังการจัดการเรียนรู้ในแต่ละภาคการศึกษา และผ่านการประเมินจากผู้ใช้บัณฑิตหรือผู้บังคับบัญชา ภายหลังบัณฑิตสำเร็จการศึกษา โดยพบว่าการประเมินในรอบ 3 ปี จากผู้ใช้บัณฑิตพบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกปีคือ 4.40, 4.63, และ 4.76 ตามลำดับทำให้เห็นว่าการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในระดับบัณฑิตศึกษานี้เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ทำงานร่วมด้วย

5. การบริหารหลักสูตร

การบริหารหลักสูตรฯ ในปีการศึกษา 2561-2563 เป็นการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561 โดยมีการปรับรายวิชาเฉพาะ ที่เป็นการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุขั้นสูง ประกอบด้วย การวางรูปแบบ

และกระบวนการเรียนการสอนให้เป็นไปตามสาระของรายวิชาในหลักสูตร และการดูแลและประเมินผู้เรียน ซึ่งผลการดำเนินงานหลักสูตรตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ ในรอบ 3 ปีการศึกษาดังกล่าว ผ่านเกณฑ์ตามตัวบ่งชี้ทั้ง 15 ข้อ สำหรับการวิเคราะห์ปัญหาในการบริหารหลักสูตร ผลกระทบของปัญหาต่อสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร รวมถึงการแก้ไขและแนวทางการป้องกันปัญหาในอนาคต มีดังนี้

5.1 ปีการศึกษา 2562 เป็นปีที่สองของการใช้หลักสูตรฯ พบว่าการเรียนรู้ของนักศึกษาโดยใช้วิธีการสอนในรายวิชาเฉพาะที่นักศึกษาเป็นผู้นำสัมมนา มีการอภิปราย บนฐานของการใช้ความรู้เชิงประจักษ์ ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ แต่ยังไม่อาจทำให้นักศึกษาเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจทำให้เห็นรูปธรรมไม่ชัดเจน จึงปรับการเรียนรู้เป็นแบบ Case-based Learning และให้นักศึกษาประเมินตนเองแบบสะท้อนความคิด (Reflection) เพื่อให้กำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้ในหลักสูตรด้วยตนเองอย่างชัดเจน นักศึกษาประเมินว่ามีพัฒนาการมากขึ้น ตั้งเป้าหมายการเรียนรู้ และปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีประยุกต์ในงาน เกิดความกระตือรือร้น เห็นว่าชีวิตมีคุณค่า และมีเป้าหมายมากขึ้นกว่าก่อนเข้ามาเรียน

5.2 การเรียนรู้ของนักศึกษาในปีการศึกษา 2562-2563 เป็นปีที่นักศึกษาต้องปรับตัวมาก จากปัญหาสำคัญ 2 ด้านคือ การระบาดของโรคโควิด19 ทำให้นักศึกษาต้องเรียนแบบออนไลน์เป็นส่วนใหญ่ และนักศึกษาส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติงานประจำที่ต้องรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้บางครั้ง นักศึกษาอ่อนล้าในการเรียนช่วง เสาร์-อาทิตย์ เกิดผลกระทบโดยตรงในเรื่องของการจัด

โครงการบริการวิชาการแก่สังคม ในรายวิชา TANS 5336 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 โดยนักศึกษาจัดทำโครงการฯ ไว้แล้วแต่ไม่ได้ดำเนินการ จึงอาจเกิดข้อจำกัดในการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมกับทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพในบริบทที่เป็นการเรียนรู้ของหลักสูตร ดังนั้นจึงให้นักศึกษาจัดทำโครงการ “สานพลัง ร่วมใจ ผู้สูงวัย ปลอดภัย ไม่ล้ม” แบบจำลองโดยให้นำเสนอแผนตามลำดับขั้นตอนเพื่อเรียนรู้การจัดทำโครงการบริการวิชาการแก่สังคม ส่วนการเรียนรู้โดยทำงานเป็นทีมกับสหวิชาชีพด้านสุขภาพนั้นให้ทำในบริบทของหน่วยงานของนักศึกษาเอง โดยการประยุกต์นวัตกรรมใช้ในหน่วยงาน

5.3 จำนวนนักศึกษาใหม่ ยังไม่ปฏิบัติตามเป้าหมาย ดังนั้นจำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุก โดยเฉพาะในกลุ่มศิษย์เก่าในทุกช่องทาง ทั้งทางสื่อสังคมออนไลน์ ทางเว็บไซต์ และผ่านโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติต่างๆ

6. การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อหลักสูตร

ปีการศึกษา 2561 เป็นปีที่อาจารย์ประจำหลักสูตร อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา และอาจารย์ผู้สอนได้เริ่มทดลองใช้โปรแกรมหรือแอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อสนับสนุนการสอนแบบ Active learning เช่น Padlet program & Kahoot ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาต่างๆ เช่น วิชาแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล และบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และวิชาเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและการพยาบาล ซึ่งพบว่านักศึกษาให้ความสนใจและกระตือรือร้นในการเรียนมากขึ้น และเป็นการเตรียมรับมือกับการสอนในช่วงของการระบาดของโรคที่ตามมาโดยไม่ได้อัดการณล่วงหน้า

ปีการศึกษา 2562 ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 เริ่มมีการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้

ต้องมีการปรับจัดการเรียนการสอน โดยในภาคการศึกษาที่ 2 (ในช่วงเวลาที่ยังเหลืออยู่คือในเดือนมีนาคม และเมษายน 2563) และภาคการศึกษาฤดูร้อน (เดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2563) จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ และเลื่อนการเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ไปอยู่ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 แทน ทั้งนี้ได้ทำหนังสือแจ้งไปยังสภาการพยาบาลและมีการตอบรับเห็นชอบการปรับเปลี่ยนดังกล่าวแล้ว

ปีการศึกษา 2563 การเปลี่ยนแปลงจากการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ต้องมีการสอนแบบออนไลน์ และงดการศึกษาดูงาน เนื่องจากไม่สามารถฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุขั้นสูง 1 และ 2 จึงได้ปรับกิจกรรมโดยเน้นให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึกที่นักศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ทั้งนี้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุขั้นสูง 1 และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุขั้นสูง 2 ได้มีการปรับเกณฑ์การประเมินผล เพราะนักศึกษาไม่ได้ไปฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึกที่กำหนดไว้ แต่มีการเชิญพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) มาบรรยายการทำหน้าที่ต่างๆ ของ APN ให้นักศึกษาฟัง โดยใช้ระบบออนไลน์ด้วยโปรแกรม Microsoft Teams ร่วมกับการปรับให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เลือกสรรในโรงพยาบาลของตนเอง

7. แผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนา

หลักสูตร

จากการรายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาระดับหลักสูตร ในปีการศึกษา 2561-2563 มีแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาหลักสูตรให้ก้าวหน้าขึ้นตามที่คุณประเมินคุณภาพได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ในแต่ละปีทั้งนี้เป็นการเตรียมสำหรับการปรับปรุงหลักสูตรตามรอบ ในปี

การศึกษา 2566 สามารถสรุปได้เป็นประเด็นหลัก และประเด็นย่อย ดังนี้

7.1 การพัฒนาอาจารย์

7.1.1 เร่งรัดการพัฒนา อาจารย์ประจำหลักสูตรเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการที่สูงขึ้น

7.1.2 สนับสนุนให้อาจารย์ ประจำหลักสูตรพัฒนางานวิจัยเพื่อ ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้นปีการศึกษา 2561 โดยการดำเนินงานวิจัยควบคู่กับ Faculty practice ที่ตรงกับ ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพ

7.1.3 ส่งเสริมให้มีการ พัฒนาอาจารย์ทางด้านวิชาชีพด้วยการเข้าร่วม ประชุมวิชาการและมีโอกาสไปบริการวิชาการแก่ สังคมเพื่อแสดงศักยภาพด้านวิชาการและ เผยแพร่ชื่อเสียงให้มหาวิทยาลัยอย่างต่อเนื่อง

7.1.4 ควรเตรียมอาจารย์ รุ่นใหม่ เพื่อเรียนรู้ประสบการณ์การเป็นอาจารย์ ประจำหลักสูตรในอนาคต

7.2 การพัฒนานักศึกษา

7.2.1 ส่งเสริมให้นักศึกษา ตีพิมพ์ผลงานวิทยานิพนธ์ในวารสารภายนอก สถาบันหรือวารสารระดับนานาชาติให้เพิ่มขึ้น โดยนักศึกษาจำนวน 5 คน ได้ตีพิมพ์ผลงานฯ ในวารสารภายนอกสถาบัน แต่ยังไม่สามารถ ตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติได้เนื่องจาก นักศึกษายังมีข้อจำกัดในการเขียนบทความวิจัย ภาษาอังกฤษ

7.2.2 ส่งเสริมให้นักศึกษา สำเร็จการศึกษาตามเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้น ซึ่งปี การศึกษา 2561 และ 2562 ยังพบปัญหาเดิม คือการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ในองค์กรที่นักศึกษาสังกัดมีความล่าช้า โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่โรงพยาบาลใน สังกัดกรุงเทพมหานคร

7.2.3 ส่งเสริมให้นักศึกษา ค้นคว้าข้อมูลจากตำราและเอกสารต่างประเทศมากขึ้น โดยนักศึกษามีการสืบค้นในหนังสือ วารสาร นานาชาติ มากขึ้น ในรายวิชาวิทยานิพนธ์ ในปี การศึกษา 2561 และ 2562

7.2.4 สนับสนุนให้นักศึกษา ได้ศึกษาดูงานนอกสถานที่ด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ซึ่งมีการ กำหนดและดำเนินการตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 (ใน พ.ศ. 2562) ที่จะศึกษาดูงานการพยาบาล ผู้สูงอายุที่ประเทศญี่ปุ่น แต่เกิดการระบาดของ โรคโควิด19 ต่อเนื่องจึงไม่สามารถดำเนินการได้

7.2.5 วางแผนในการ เผยแพร่งานของนักศึกษาในวารสาร โดยมี ตัวอย่างแบบฟอร์มของแต่ละวารสาร ซึ่ง นักศึกษาสามารถใช้ข้อมูลเพื่อการตีพิมพ์ใน วารสาร TCI 1 และ TCI 2 ได้ จึงทำให้งาน วิทยานิพนธ์มีการตีพิมพ์ในฐาน TCI ทุกเรื่อง

7.3 การพัฒนาหลักสูตรและ สาระวิชาในหลักสูตร

7.3.1 ควรแทรกเนื้อหา สาระในรายวิชาให้ทันสมัยสอดคล้องกับ สถานการณ์โลกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย ทบทวนสถานการณ์โลกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Global health) โดยเฉพาะโรคระบาดที่เกิดขึ้น

7.3.2 ควรเพิ่มประสบการณ์ การอภิปรายและนำเสนอผลงานค้นคว้าในชั้น เรียนเป็นภาษาอังกฤษเพื่อเตรียมพร้อมในการ นำเสนอผลงานวิชาการในการประชุมระดับ นานาชาติ โดยหลักสูตรดำเนินการในภาค การศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ในรายวิชา TANS5334 การพยาบาลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุขั้นสูง 1 และมอบหมายนักศึกษาได้เข้าร่วมประชุมออนไลน์ นานาชาติกับคณะพยาบาลศาสตร์ ในประเทศ ฟิลิปปินส์ ในวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2564

7.3.3 เร่งรัดการประชาสัมพันธ์ หลักสูตรเชิงรุกในทุกรูปแบบเพื่อให้ได้จำนวน นักศึกษาตามแผน และประชาสัมพันธ์ ความสำเร็จในผลงานของบัณฑิตในด้านต่างๆ เช่น การได้รับรางวัลและการผลิตนวัตกรรม

7.4 การดำเนินงานเกี่ยวกับ หลักสูตรในอนาคต

7.4.1 ควรทบทวน แผนการเรียนในหลักสูตร ตาม มคอ.2 เพื่อให้ นักศึกษาได้มีเวลาพัฒนาการทำวิทยานิพนธ์ เร็วขึ้น เพื่อแก้ปัญหาการขอ IRB และสำเร็จ การศึกษาภายในกำหนด

7.4.2 ควรทบทวน โครงสร้างของหลักสูตรให้สอดคล้องกับมาตรฐาน คุณวุฒิการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขา พยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560 ให้มีความกระชับ และมีจำนวนหน่วยกิตไม่เกิน 40 หน่วยกิต

7.4.3 การเปิดโอกาสให้ บุคคลภายนอกลงทะเบียนเรียนแบบสะสม หน่วยกิต (Credit bank) เพื่อสนับสนุน Life long learning และเพิ่มเติมทักษะด้านการ พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถโอน ผลการเรียนรู้ในระดับสูงขึ้น

7.4.4 การเตรียมการ จัดการเรียนการสอนแบบ Blended learning โดยผสมผสานทั้งแบบในชั้นเรียน (On site) และ แบบออนไลน์ (On line) เพื่อรองรับชีวิตปกติวิถี ใหม่ในอนาคต (Next new normal)

8. จุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนา ของหลักสูตรฯ

ผลประเมินคุณภาพการศึกษา ภายในของหลักสูตรฯ มีประเด็นจุดเด่นและจุดที่ ควรพัฒนา ดังนี้

8.1 จุดเด่น : อาจารย์ ผู้รับผิดชอบหลักสูตรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญที่ ทันสมัย ตามสาขาวิชา เป็นที่ยอมรับทั้งใน

ระดับชาติและนานาชาติ และมีผลงานวิชาการ ต่อเนื่อง อาจารย์ดูแลเอาใจใส่และมีความเป็น กันเองกับนักศึกษา คณะกรรมการบริหาร หลักสูตรฯ มีการวางแผนการจัดการเรียน การสอนที่เป็นระบบ และมีความพร้อมในการใช้สิ่ง สนับสนุนด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อจัดการเรียน การสอนออนไลน์

8.2 จุดที่ควรพัฒนา : ส่งเสริม ให้นักศึกษาร่างกายแข็งแรง การเรียนรู้ด้าน สุขภาพในระดับชาติและนานาชาติเพิ่มขึ้น เร่งรัดการเพิ่มจำนวนนักศึกษา สนับสนุนให้ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรได้ตำแหน่งทาง วิชาการตามที่วางแผนไว้ เตรียมอาจารย์รุ่นใหม่ ให้พร้อมเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรอย่าง ต่อเนื่อง และพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการ พัฒนาสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อเป็นเอกสาร เผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์กับที่อื่นได้

9. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2566) สำหรับคณะ พยาบาลศาสตร์

จากผลการวิเคราะห์รายงานการ ประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของหลักสูตรฯ ตามกรอบการประเมินคุณภาพการศึกษาทั้ง 6 องค์ประกอบ ร่วมกับจุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนา ตามที่คณะกรรมการประเมินคุณภาพการศึกษา ภายในระดับหลักสูตร ซึ่งเป็นกรรมการชุดเดียวกัน ต่อเนื่องตลอด 3 ปีการศึกษา สามารถสังเคราะห์ ข้อมูลที่มีทั้งหมดเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2566) เป็นด้านต่างๆ ดังนี้

9.1 ด้านหลักสูตร

ในการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อ นำเสนอเป็นแนวทางการพัฒนาหลักสูตร

ปรับปรุงตามรอบ 5 ปี นั้น มีข้อเสนอแนะจากการสังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรดังนี้

9.1.1 ควรคงไว้ซึ่งการจัดการเรียนการสอนที่เป็นระบบ ในลักษณะการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของนักศึกษาเป็นลำดับขั้น เช่น การเรียนรู้ด้วยการนำเสนอ แล้วจึงเรียนรู้แบบกรณีศึกษา รวมทั้งจุดแข็งของการแบ่งวิทยานิพนธ์เป็น 4 รายวิชา เพื่อให้ศึกษากำกับตนเองได้ตามขอบเขตของวิชา

9.1.2 เพิ่มเติมสาระรายวิชาให้ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์โลกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นสถานการณ์โลกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Global health) ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของวิชาชีพการพยาบาลทั่วโลก (Global Nursing) โดยเฉพาะกับการระบาดของโรคโควิด19 หรือโรคระบาดอื่นในปัจจุบัน

9.1.3 ปรับลดจำนวนหน่วยกิตลงให้เป็นไปตามเกณฑ์คือ ไม่น้อยกว่า 36 หน่วยกิต และ ควรกำหนดให้เรียนรายวิชาวิทยานิพนธ์เร็วขึ้น จากเดิมในภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นปีที่ 2 อาจปรับเป็นภาคฤดูร้อนชั้นปีที่ 1 เพื่อสำเร็จการศึกษาภายในเวลาเรียน 2 ปี

9.1.4 คงไว้ซึ่งการพัฒนาวัฒนธรรมบนหลักฐานเชิงประจักษ์เพราะมีความเหมาะสมแล้ว และสามารถต่อยอดงานในหน่วยงานของนักศึกษาได้

9.1.5 คงไว้ซึ่งวิชาภาษาอังกฤษและการเรียนรู้เนื้อหาวิชาต่าง ๆ เป็นภาษาอังกฤษเพื่อเพิ่มพูนทักษะการใช้ภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษา

9.1.6 เตรียมการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (Blended learning) ทั้งแบบในชั้นเรียนและแบบออนไลน์ เพื่อรองรับชีวิตปกติวิถีใหม่ ซึ่งมีความพร้อมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการศึกษาอยู่แล้ว

9.2 ด้านนักศึกษา

จุดสำคัญที่เป็นประเด็นหลักคือ การมีจำนวนนักศึกษาที่เพียงพอกับจุดคุ้มทุนของการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหลักสูตร ดังนี้

9.2.1 ให้โอกาสบุคคลภายนอกลงทะเบียนเรียนแบบสะสมหน่วยกิต (Credit bank) เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning) และเพิ่มเติมทักษะด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แล้วเทียบโอนเป็นนักศึกษาได้เมื่อพร้อม จะทำให้ได้จำนวนผู้เรียนเพิ่มขึ้น

9.2.2 ประชาสัมพันธ์หลักสูตรในลักษณะของการพัฒนาคนเพื่อพัฒนาหน่วยงาน โดยเน้นการเพิ่มทักษะการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาบริการพยาบาล และการเก็บหน่วยกิตสะสมไว้

9.2.3 พัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและภาษาอังกฤษให้นักศึกษามากขึ้น โดยจัดการเรียนรู้ให้ทันกับการพยาบาลในระดับนานาชาติ กำหนดให้ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการนานาชาติหรือการศึกษาดูงานในต่างประเทศ

9.2.4 เน้นให้นักศึกษาได้ทำงานวิจัยที่ตอบโจทย์การปฏิบัติงานในหน่วยงาน โดยเฉพาะการบูรณาการกับการพัฒนานวัตกรรมที่มีประโยชน์กับหน่วยงานของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

9.3 ด้านอาจารย์

ประเด็นสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรปรับปรุง คือการมีอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของ มคอ. และเกณฑ์ของสภาการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

9.3.1 เตรียมอาจารย์รุ่นใหม่ให้มีความพร้อมเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง

9.3.2 พัฒนาอาจารย์อย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ความสามารถทางวิชาการและการปฏิบัติในหน่วยงานด้วยกลวิธีของ Faculty practice ที่ได้มีการดำเนินการมาก่อนการระบาดของโรคโควิด19 แต่ในยุคปัจจุบันอาจต้องปรับปรุงแบบการดำเนินการเรื่องนี้

9.3.2 ส่งเสริมให้อาจารย์ผลิตผลงานวิชาการอย่างต่อเนื่อง คงไว้ซึ่งความเป็นนักวิชาการที่สามารถบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติได้ โดยร่วมมือกับนักศึกษา เกิดความยั่งยืนของการพัฒนางานในวิชาชีพ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์รายงานการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของหลักสูตรฯ พบประเด็นต่างๆ ที่สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การบริหารจัดการหลักสูตร
หลักสูตรได้รับการประเมินผล ผ่าน ตลอด 3 ปี การศึกษา แสดงถึงศักยภาพของกรรมการบริหารหลักสูตร ที่ได้บริหารจัดการให้หลักสูตรเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 10 ข้อ ในระดับบัณฑิตศึกษา (สกอ., 2558) โดยเฉพาะคุณสมบัติของอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีการคงอยู่อย่างต่อเนื่องตลอด 3 ปี การผ่านเกณฑ์ในข้อนี้มีผลต่อภาพรวมของการประกันคุณภาพการศึกษาระดับคณะด้วย (มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2564)

2. นักศึกษาและบัณฑิต จำนวนนักศึกษาในแต่ละปีการศึกษาทั้ง 3 ปี ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยปัญหาสำคัญคือการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหรือการประชาสัมพันธ์หลักสูตร ดังนั้นการปรับการจัดการศึกษาที่ได้เสนอแนะให้บุคคลภายนอกลงทะเบียนเรียนแบบสะสมหน่วยกิต (Credit bank) ซึ่งสอดคล้องกับการเสนอแนะของศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ในการประชุมวิชาการ

ประจำปีครั้งที่ 1/2565 ของสมาคมพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเมื่อวันที่ 2-3 เมษายน พ.ศ.2565 (สมาคมพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง, 2565) ที่แนะนำว่าควรปรับการเรียนรู้เป็นแบบสะสมหน่วยกิต หรือสามารถเทียบโอนหน่วยกิตจากสถาบันต่างๆ ได้ รวมทั้งทำการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้นในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาในสถาบันพระบรมราชชนก เพราะมีความต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 41.30 (พนารัตน์ วิสวเทพนิมิต, ขวัญตา บุญวาศ, จิราพร วรวงศ์, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ, 2564)

สำหรับการพัฒนานักศึกษานั้น หลักสูตรฯ ได้ดำเนินการมาโดยตลอดเป็นรูปธรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้เรียน การพัฒนาความรู้เชิงวิชาการและวิชาชีพและการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 ทำให้ผลดีเกิดขึ้นกับนักศึกษา และนักศึกษามีความพึงพอใจต่อหลักสูตรเพิ่มขึ้นทุกปี ผลดีที่เกิดขึ้นกับนักศึกษานี้สอดคล้องกับมาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ.2561 ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา (2561) ในมาตรฐานที่ 1 ผลลัพธ์ผู้เรียนที่กำหนดว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนนั้นต้องทำให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถเพื่อการประกอบอาชีพ มีความมั่นคงและคุณภาพชีวิต ต้องมีทักษะศตวรรษที่ 21 สามารถบูรณาการความรู้ในศาสตร์ที่เรียนเพื่อแก้ปัญหาสังคมและการทำงาน รวมทั้งเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง มีจริยธรรมคุณธรรมด้วย ซึ่งผลงานของบัณฑิตที่เป็นงานวิทยานิพนธ์ทั้งหมดได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thailand citation index) และเป็นไปตามเกณฑ์เรื่องผลงานตีพิมพ์ทุกข้อ แสดงถึงความสามารถของบัณฑิตที่ผ่านการเตรียมการและสนับสนุนจากคณาจารย์ในรายวิชา

วิทยานิพนธ์และต่อเนื่องมาจนถึงการเผยแพร่ผลงานนั้น ผลลัพธ์ที่แสดงถึงคุณภาพของบัณฑิตที่สำคัญคือความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตตลอด 3 ปีการศึกษาอยู่ในระดับดีมากและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

3. คุณภาพอาจารย์/การบริหารและพัฒนาอาจารย์และผลที่เกิดขึ้นกับอาจารย์
อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรทุกคนมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกและมีตำแหน่งทางวิชาการ ในปีการศึกษา 2563 อาจารย์ 1 ท่านได้เสนอขอกำหนดตำแหน่ง “รองศาสตราจารย์” ซึ่งเป็นความเข้มแข็งและแสดงถึงคุณภาพของหลักสูตรมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแผนการพัฒนาอาจารย์เข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์ด้วย (2563) ทั้งนี้ผลงานวิชาการที่มีการเผยแพร่ของอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นถึงความเข้มแข็งและแสดงถึงคุณภาพของหลักสูตรเช่นกัน สอดคล้องกับประกาศกระทรวงศึกษาธิการที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติของอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรระดับปริญญาโทว่าต้องมีผลงานวิชาการเผยแพร่อย่างน้อย 3 เรื่องในรอบ 5 ปี (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560)

4. รายวิชาในหลักสูตรและการบริหารหลักสูตร
การบริหารหลักสูตรโดยกรรมการบริหารหลักสูตรและกรรมการประจำคณะระดับบัณฑิตศึกษา ทำให้การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรเป็นไปด้วยดี มีการวางระบบผู้สอนตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ประจำหลักสูตรทุกคนและเป็นไปตามที่มาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์กำหนดไว้ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2558) ทั้งการสัมมนา และการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่นำมาใช้ตั้งแต่ปีการศึกษา 2563 เป็นวิธีการที่

เหมาะสมกับการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ที่ให้นักศึกษากำหนดการเรียนรู้และเป้าหมายด้วยตนเอง (Self-directed learning) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับที่ Cercone (2008) ได้อธิบายไว้ว่าการเรียนรู้แบบนี้เป็นคุณลักษณะสำคัญของการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกับการจัดการศึกษาแบบออนไลน์ ส่วนรายวิชาต่างๆของหลักสูตรนั้น ได้ผ่านการรับรองและเป็นไปตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ (มคอ.1) (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560)

5. การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อหลักสูตร

การเปลี่ยนแปลงหลักที่สำคัญของการจัดการเรียนการสอนในช่วงเวลา 3 ปีการศึกษา (2561-2563) คือสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด19 ที่ทำให้การจัดการเรียนการสอนต้องปรับเป็นรูปแบบของการเรียนรู้แบบออนไลน์อย่างสมบูรณ์ มีเพียงบางช่วงที่ให้นักศึกษาเข้ามานำเสนองานในสถานที่ตั้งของมหาวิทยาลัย เพราะการระบาดลดลง แต่เมื่อมีการระบาดของเชื้อเดลต้าและโอมิครอน ทำให้ต้องเรียนแบบออนไลน์โดยสมบูรณ์ โดยมีการพิจารณาจัดกิจกรรมอื่นที่เหมาะสมทดแทน รวมทั้งปรับรูปแบบการสอบและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ทดแทนการดำเนินการแบบเดิม โดยให้สอดคล้องกับรูปแบบการสอนออนไลน์ที่ได้ดำเนินการไป (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม, 2563) ซึ่งทำให้การเรียนรู้ในรูปแบบใหม่นี้เป็นต้นแบบของการพัฒนาระบบการเรียนรู้ในอนาคต ที่อาจใช้วิธีการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) ตามที่คณะกรรมการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในได้เสนอแนะไว้

6. แผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาหลักสูตร จากผลการวิจัยตามองค์ประกอบของการประเมินคุณภาพการศึกษาระดับหลักสูตรที่ได้ ทำให้หลักสูตรต้องวางแผนการดำเนินงานตามที่กรรมการประเมินฯ ทั้งด้านการพัฒนาอาจารย์ให้มีความเชี่ยวชาญการปฏิบัติ (Faculty practice) ตามความถนัดของอาจารย์ โดยการทำงานควบคู่กับการทำวิจัยสอดคล้องตามที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (สภาการพยาบาล, 2563) และที่สำคัญอย่างยิ่งคือการเตรียมอาจารย์รุ่นใหม่ให้ขึ้นมาเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรด้วย ส่วนด้านการพัฒนานักศึกษาต้องเน้นเรื่องการสำเร็จการศึกษาให้ได้ตามกำหนดเวลาและการศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพในต่างประเทศด้วย ซึ่งจะทำให้นักศึกษาได้เปิดโลกทัศน์สู่การพยาบาลสากล (Global nursing) ตามที่คราฟท์ แคสเทล อีริกสัน และเฮดแมน (Kraft, Kastel, Eriksson and Hedman, 2017) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมถึงความสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลสู่สากลที่เน้นความสำคัญของความเป็นสากลของวิชาชีพ 5 ด้าน คือ การเข้าสู่เวทีสำคัญระดับโลก (Global nursing arena) สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล (Global nursing working environment) การจัดการกำลังคนแบบสากล (Global nursing Workforce Management) สมรรถนะการพยาบาลระดับโลก (Global nursing Competencies) และเครือข่ายการพยาบาลในระดับสากล (Global nursing Networking) ดังนั้นการพัฒนานักศึกษารวมถึงการพัฒนาหลักสูตรและสาระรายวิชาในหลักสูตรควรต้องปรับให้เห็นรูปธรรมในเรื่องนี้อย่างชัดเจน โดยอาจต้องปรับ

รายวิชาสัมมนากลยุทธ์การบริหารจัดการในพหุวัฒนธรรมในองค์กรการพยาบาลมาเป็นวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพยาบาลสู่ความเป็นสากลมากกว่าการเน้นเฉพาะภาวะผู้นำกับพหุวัฒนธรรมเท่านั้น

นอกจากนี้ตามที่ผลการวิจัยพบว่าควรมีการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักสูตรในอนาคต โดยควรทบทวนโครงสร้างของหลักสูตรให้สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560 ให้มีจำนวนหน่วยกิตไม่เกิน 40 หน่วยกิต เพื่อให้แผนการเรียนในหลักสูตรมีการทำวิทยานิพนธ์เร็วขึ้นและสามารถสำเร็จการศึกษาภายในกำหนดเวลา 2 ปี ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาระดับปริญญาโทที่สามารถจัดให้มีหน่วยกิตได้ ไม่ต่ำกว่า 36 หน่วยกิต (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2558; กระทรวงศึกษาธิการ, 2560; ราชกิจจานุเบกษา, 2565) และให้โอกาสการลงทะเบียนแบบสะสมหน่วยกิตได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ใช้เป็นข้อมูลเพื่อการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566) สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งนี้ เช่น การปรับกระบวนการเรียนการสอนในหลักสูตรให้เป็นการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) ระหว่างออนไลน์ (On line) และในสถานที่ตั้ง (On site)
2. ใช้เป็นข้อมูลเพื่อการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการจัดการศึกษากับสถาบันอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560*. ประกาศวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ.2560. สืบค้นจาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/4_StandardDr%202560\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/4_StandardDr%202560(1).pdf)
- กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม. (2563). *ประกาศกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ฉบับที่ 2*. สืบค้นจาก https://www.ops.go.th/main/images/2563/muaAdmin/corona/COVID2019v2_thai.pdf.
- พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิต, ขวัญตา บุญวาศ, จิราพร วรวงศ์, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ (2564). การศึกษาความพร้อมในการเปิดหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(3), 110-124.
- มหาวิทยาลัยคริสเตียน. (2564). *คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษา ปีการศึกษา 2563*. นครปฐม: สำนักประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2561). *มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ.2561*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 199 ง วันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ.2561.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2565). *กฎกระทรวง มาตรฐานหลักสูตรการศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2565*. เล่ม 139 ตอนที่ 20 ก วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2565.
- สภาการพยาบาล. (2563). *คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาวិชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. นนทบุรี: บริษัทจุดทองจำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2565). *ความก้าวหน้าในวิชาชีพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. การบรรยายในที่ประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 1 สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย), ประชุมแบบออนไลน์ผ่าน Zoom.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2550). *กรอบแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551-2565)*. สืบค้นจาก <http://www.sci.ubu.ac.th/assets/upload/files/HEPlan-Final.pdf>.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2558). *เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2558 และเกณฑ์มาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพมหานคร: บริษัททวงศ์สว่างพับลิชชิงแอนด์พริ้นติ้ง จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2560). *คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในสถานศึกษา ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2557*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- Cercone, K. (2008). Characteristics of adult learners with implications for online learning design, *AACE Journal*, 16(2), 137-159.
- Kraft, M., Kastel, A., Eriksson, H., and Hedman, A. (2017). Global Nursing-a literature review in the field of education and practice. *Nursing open*. 4, 122-133.

ความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตำรวจ

ดร.ณัฏฐ์ เต๋องวิวัฒน์*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) ศึกษาความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 2) เปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้นและดูแลผู้ป่วยโควิด19 จำนวน 134 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ทั้งสองชุดและค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.96 และ 0.88 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง วิธีเผชิญความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน และที่พักอาศัย ของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน มีวิธีเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาล และระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับวิธีเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและข้อเสนอแนะ : กลุ่มงานพยาบาล ควรจัดตั้งกลุ่มงานเฉพาะกิจในการส่งเสริมและติดตามการเผชิญความเครียดของพยาบาลในช่วงระบาดของโควิด 19

คำสำคัญ: ความเครียด, วิธีเผชิญความเครียด, พยาบาล, การฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น, โควิด19

Stress and Coping of Nurses Trained Basic Life Support in the Situation of COVID-19 Pandemic: A Case Study of Police General Hospital

Daruni Tuengviwat*

Abstract

Purpose: To: 1) study stress and coping methods of police hospital nurses who trained basic life support in the situation of COVID-19 pandemic., 2) compare coping methods of police hospital nurses classified by personal factors, and 3) study relationship between level of stress and coping methods of police hospital nurses

Design: Descriptive research

Methods: The sample consisted of 134 nurses working in police hospital with the training of life support in the situation of COVID-19 pandemic and cared for COVID-19 patients selecting by a purposive sampling method. Research instruments were stress and coping with stress questionnaire with the CVI of 1.00 and the Cronbach alpha coefficient of 0.96 and 0.88, respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation.

Main findings: Most of the samples had a high level of stress and a high level of coping methods with the most problem-solving approach to cope with stress. Personal factors included gender, status, monthly income, and different residences had no different ways of coping with stress among the sample. However, stress levels had a low positive correlation with nurses' coping methods, and the stress level had a low positive correlation with low benefit coping methods with statistically significant at the .01 level.

Conclusion and recommendations: Nursing department should set a particular team to promote and monitor nurses' coping strategies during COVID-19 pandemic

Keywords: Stress, Coping, Nurses, Trained basic life support, COVID-19

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของประชาชนผู้ติดเชื้อแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำหน้าที่ให้การดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วย ในแต่ละวัน ต้องอดทนต่อความกดดันต่าง ๆ ทั้งภาระงานที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลมากขึ้น จัดการยาที่ใช้ในการรักษา วัคซีนที่ใช้ในการป้องกันไม่เพียงพอต่อความต้องการ และยังเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อทั้งตนเองและนำเชื้อไปสู่ครอบครัวมากที่สุด สาเหตุเหล่านี้เป็นต้นเหตุให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เกิดความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าได้ การศึกษาในประเทศสิงคโปร์ (Kampf, Todt, Pfaender, & Steinmann, 2020) ในการประเมินความเครียด ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าโดยเครื่องมือ DASS-2 1 (Depression, anxiety, and stress scales-15) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความวิตกกังวลร้อยละ 10.80 และมีอารมณ์ซึมเศร้าร้อยละ 8.10 ส่วนในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต (2564) ทำการสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากการระบาดโรคโควิด19 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกหมดพลัง หมดหวัง สูญเสียพลังงานทางจิตใจ รับรู้ความสับสนในที่ทำงานในทางลบ หวาดระแวงง่ายขึ้น และเห็นว่าความสามารถในการทำงานของตนเองลดลง โดยในเวลาสองสัปดาห์ของเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ระดับความเครียดของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.40 เป็นร้อยละ 42.70

บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องทำงานอย่างใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หรือขณะปฏิบัติการช่วยชีวิตเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดอัตราการสูญเสีย ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด การกระทำดังกล่าวเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะกดดันในการทำงาน ประกอบกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น และยังคงแบกรับความคาดหวังจากประชาชนและภาคส่วนอื่น อีกทั้งผู้ร่วมงานที่ติดเชื้อที่ต้องเข้ารับการรักษา หรือผู้ร่วมงานที่ต้องกักตัวจากการเป็นผู้เสี่ยงสูง ทำให้ต้องปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน มีเวลาในการพักผ่อนไม่เพียงพอ อีกทั้งยังต้องห่างจากครอบครัวและขณะปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจอย่างมากและมีการศึกษาเพิ่มเติมจากหน่วยงานต่างๆ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด19 ในช่วงของการระบาดจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 มีความเครียด และความเครียดเฉียบพลัน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ และส่วนใหญ่มีความเครียดในระยะแรกของการระบาดพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้สึกเหนื่อยล้า อึดอัด เกิดความสิ้นหวังจากภาระงานที่หนัก ความกลัว ความวิตกกังวล ความเป็นห่วงต่อผู้ป่วยและมีความกังวลในการติดเชื้อ และการแพร่เชื้อไปยังครอบครัวและ

เพื่อน (สิมาพร พรหมสาร, ปิยะณัฐ พรหมสาร และ กนกวรรณ รัตนแสงเลิศ, 2564) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ได้มีการศึกษาในประเทศ ปากีสถานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของเมืองเควตดาพบว่าพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ของโควิด19 มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ แต่ความวิตกกังวลกลับมีมากกว่า คือ ระดับปานกลาง (Nadeem et al., 2021)

ความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรืออาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป (จารุชา บรรเจิดถาวร และภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2562) ความเครียดส่งผลต่อชีวิตใน 2 ด้าน คือ ผลต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ อาการท้องผูกท้องเสียบ่อยๆ นอนไม่หลับ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ และผลต่อสุขภาพจิตนำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัว อารมณ์ไม่มั่นคงเปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่าง นอกจากความเครียดส่งผลต่อร่างกายและจิตใจแล้วความเครียดมีผลถึงประสิทธิภาพในการทำงาน สัมพันธภาพต่อครอบครัวและบุคคลแวดล้อม เมื่อประสิทธิภาพในการทำงานตกต่ำ สัมพันธภาพเสื่อมถอยลง จิตใจ

ย่อมได้รับความตึงเครียด (มณฑา ลี้มทองกุล, 2562) สิ่งที่จะช่วยบรรเทาอาการทางด้านจิตใจให้ผ่อนคลายลง และลดความตึงเครียด คือ ความสามารถในการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล

การเผชิญความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการความเครียดของบุคคลในสถานการณ์เดียวกันโดยบุคคลมีระดับความเครียดแตกต่างกันไปตามการรับรู้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยความแตกต่างของแต่ละบุคคล ดังนั้นบุคคลที่รับรู้ความเครียดจะพยายามจัดการกับความเครียดเพื่อผ่อนคลาย ให้ความเครียดทุเลาลงหรือขจัดความเครียดให้หมดสิ้นไป เพื่อให้ตนเองกลับเข้าสู่ภาวะปกติ การเผชิญความเครียดจึงมีหลายวิธี บางวิธีเป็นวิธีที่เหมาะสม แต่บางวิธีอาจทำให้ความเครียดทุเลาลงเพียงชั่วคราว แต่ส่งผลเสียในระยะยาว การเลือกใช้วิธีที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นโทษมากกว่าเป็นประโยชน์ (พนิดา สังฆพันธ์, 2556) ดังนั้นความเครียดจึงเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าสถานการณ์นั้นจะมาจากปัญหาภายในหรือภายนอกตัวบุคคล ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณต้องใช้เวลาอย่างเต็มความสามารถเพื่อเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ ไปให้ได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด19 ได้มีการศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล พบว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล มีความเครียดมากที่สุดในเรื่องกลัวอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อไม่เพียงพอ

และวิธีการเผชิญความเครียดที่นำมาใช้มากที่สุด คือการฟังเพลง ดูหนัง เล่นเกมปรุงอาหาร และทำงานอดิเรก (วัชรีย์ แสงมณี, นันทิพย์ แก้ววิชิต, สุธิสา เต็มทับ และ เจริญ กุลเกื้อ, 2565) การเผชิญความเครียดที่พบได้บ่อยคือ การดูแลผู้ป่วยด้วยหลักการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด การศึกษาความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดการติดตามสื่อต่างๆ ในสังคม และการมีเจตคติด้านบวก (Cai et al., 2020)

หน่วยฝึกอบรมโรงพยาบาลตำรวจ จัดทำโครงการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้นแก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่องมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ และทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้ซึ่งระหว่างปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยพยาบาลต้องอยู่ในระยะใกล้ชิดกับผู้ป่วยน้อยกว่า 1 เมตร เป็นระยะเวลามากกว่า 5 นาที ถึงแม้ว่าพยาบาลจะสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแล้วก็ตาม แต่การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 สามารถแพร่จากคนสู่คน ผ่านทางละอองน้ำมูก น้ำลาย จากจมูก หรือปาก ซึ่งออกมาขณะที่ผู้ติดเชื้อไอ จาม หรือพูด ทำให้พยาบาลที่อยู่ระยะใกล้ หายใจเอาละอองเหล่านี้เข้าไป และติดเชื้อตามไปด้วย ซึ่งผู้ติดเชื้อบางกลุ่มไม่แสดงอาการ หรือมีอาการน้อยมากจนไม่สามารถสังเกตอาการได้ ส่งผลให้พยาบาลกลุ่มนี้ นำมีระดับความเครียด ความวิตกกังวลสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในส่วนอื่น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความเครียดและวิธี

เผชิญความเครียดของพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้นซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี อันจะช่วยป้องกันการเกิดความเครียด รวมถึงการแก้ไขปัญหา และเตรียมความพร้อมทางจิตใจเพื่อพร้อมรับสถานการณ์กดดัน และจัดการสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม ถูกวิธี และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19
2. เปรียบเทียบวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19

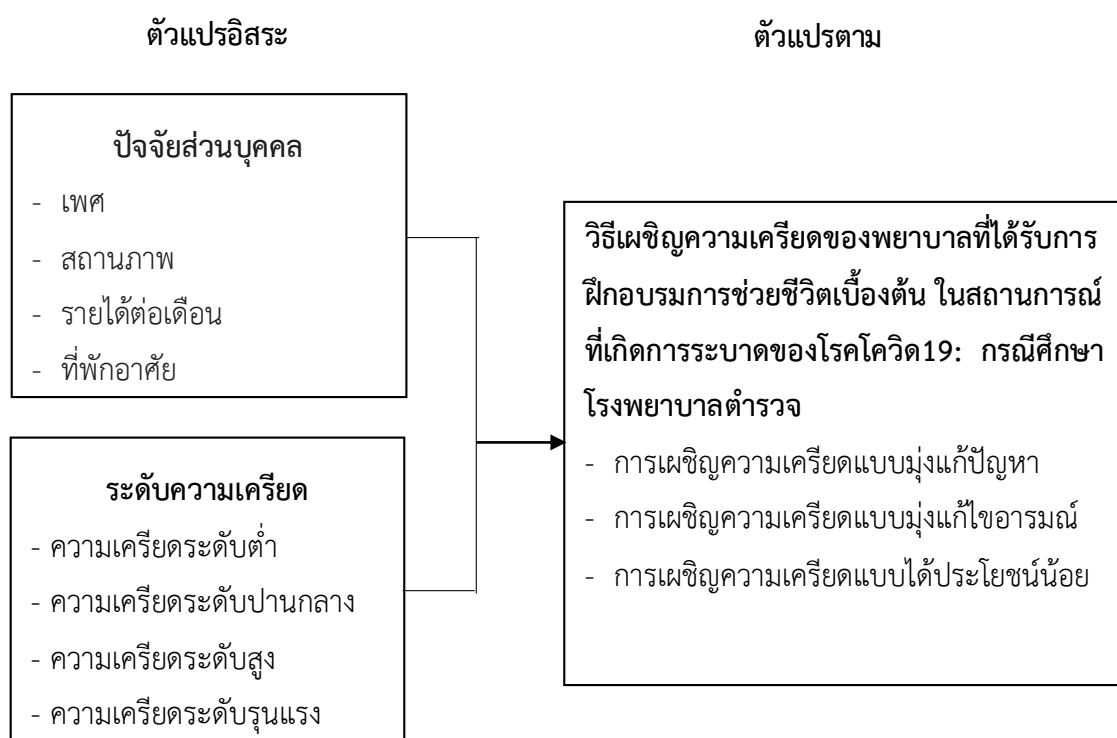
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน มีวิธีเผชิญความเครียดแตกต่างกัน
2. ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญความเครียด

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียด และวิธีเผชิญความเครียด ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรอิสระเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลอ้างอิงตามการวิจัยของ Garland & Bush (1982 อ้างถึงใน กนกอร เปรมเดชา, 2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการความเครียดได้ดี เพื่อให้สอดคล้องกับงานวิจัย ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน เพศ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน และที่พักอาศัย และกลุ่มที่ 2 ความเครียด ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวัดระดับความเครียดในงานของ Paker & DeCottis (1983) ทั้งนี้สามารถแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ตามกรมสุขภาพจิต (2563) คือ 1) ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) 2) ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress)

3) ความเครียดระดับสูง (High stress) และ 4) ความเครียดระดับรุนแรง (Severe stress) สำหรับตัวแปรตาม คือ วิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 จากการศึกษาแนวคิดของ Carver, et al. (1989 อ้างถึงใน จันทรา อึ้งเอ็ง และวรรณกร พลพิชัย, 2561) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และการเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น และดูแลผู้ป่วยโควิด19 ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนทั้งหมด 202 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง $n=202/(1+(202*(0.05)^2))=134$ คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 134 คน มีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลเพศชายและเพศหญิงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น และเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด19 ทำการคัดเลือกตัวอย่างโดยการตรวจสอบจำนวนพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนก และกำหนดสัดส่วนของตัวอย่างแต่ละแผนกตามสัดส่วนจำนวนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน และที่พักอาศัย จำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดของพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Paker & DeCottis (1983) จำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ

ประเมินตามความรู้สึกของพยาบาลที่เกิดขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด19 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แต่ละข้อมีความหมายดังนี้ รู้สึกเครียดมากที่สุดให้ 5 คะแนน รู้สึกเครียดมากให้ 4 คะแนน รู้สึกเครียดปานกลางให้ 3 คะแนน รู้สึกเครียดเล็กน้อยให้ 2 คะแนน ไม่รู้สึกเครียดให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายระดับความเครียด กำหนดระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับตามกรมสุขภาพจิต (2563) คือ ค่าเฉลี่ย 4.01-5.00 หมายถึง ความเครียดระดับรุนแรง ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึงความเครียดระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึงความเครียดระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึงความเครียดระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีเผชิญความเครียด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Carver, et al. (1989 อ้างถึงใน จันทรา อัยเอ็ง และวรรณกร พลพิชัย, 2561) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และการเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวกแต่ละข้อมีความหมายดังนี้ ปฏิบัติบ่อยที่สุดให้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยมากให้ 4 คะแนน ปฏิบัติค่อนข้างน้อยให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้งให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายระดับคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ใน

การวิเคราะห์ ตามแนวคิดของ Best (1993) ดังนี้
ค่าเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึงใช้วิธีเผชิญฯ ในระดับสูงมาก ค่าเฉลี่ย 3.50–4.49 หมายถึงใช้วิธีเผชิญฯ ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.50–3.49 หมายถึงใช้วิธีเผชิญฯ ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึงใช้วิธีเผชิญฯ ในระดับต่ำ และค่าเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึงใช้วิธีเผชิญฯ ในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ด้านความสอดคล้องและความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ทั้งสองชุดนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความเครียด เท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามวิธีเผชิญความเครียด เท่ากับ 0.88

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการพิจารณาและรับรองให้ทำวิจัยได้ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากแหล่งเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยทำบันทึกถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลพร้อมแนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และแบบสอบถาม เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามเป็นรายกลุ่ม หลังเลิกงานในเวรเช้า ตั้งแต่เวลา 16.15–17.00 น. ทุกวันราชการจนครบ 134 คน โดยแบ่งกลุ่มตามหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย การปกปิดความลับรวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 2 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนเมื่อครบกำหนด และตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ผลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ Nh 34/65 ผู้วิจัยทำการรักษาความลับของข้อมูล โดยเก็บข้อมูลที่ได้ในที่ปลอดภัย ป้องกันการกระทบต่อภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง และหน่วยงานด้วยการไม่เปิดเผย ชื่อสกุล สถานที่ปฏิบัติงาน โดยรายงานผลการวิเคราะห์ในภาพรวม และทำลายข้อมูลทิ้งหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยภายใน 3 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา แบบแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ระดับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียด โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาล โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 134 คน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 59.00 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 35,000 บาท ร้อยละ 30.60 และส่วนใหญ่อาศัยในหอพัก ร้อยละ 47

2. ความเครียดและระดับความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดภาพรวมในระดับสูง ($\bar{X}=3.13$, S.D.=1.12) มีความเครียดมากที่สุดในเรื่องความรู้สึกว่างานมีปริมาณมากกว่าที่ควรจะเป็น ($\bar{X}=3.47$, S.D.=0.99) รองลงมา รู้สึกว่าทำงานหนักจนไม่มีเวลาให้กับครอบครัว ($\bar{X}=3.37$, S.D.=1.04) และรู้สึกว่าการที่ทำงานมีปริมาณมากและมีระยะเวลาจำกัด ($\bar{X}=3.30$, S.D.=1.02) และพบว่ามีความเครียดน้อยที่สุดคือรู้สึกวิตกกังวลเมื่อโทรศัพท์มีสายเรียกเข้าเพราะกลัวจะเป็นเรื่องงาน ($\bar{X}=2.58$, S.D.=1.25) โดยมีความเครียดอยู่ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเครียดและระดับความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจขณะช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 (n=134)

ข้อ	รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเครียด
1	รู้สึกว่าการมีปริมาณมากกว่าที่ควรจะเป็น	3.47	0.99	สูง
2	รู้สึกว่าการทำงานหนักจนไม่มีเวลาให้กับครอบครัว	3.37	1.04	สูง
3	รู้สึกว่าการที่ทำงานมีปริมาณมากและมีระยะเวลาจำกัด	3.30	1.02	สูง
4	รู้สึกเหนื่อยหน่ายในงาน เนื่องจากปริมาณงานมากเกินไป	3.29	1.05	สูง
5	รู้สึกว่าใช้เวลาในการทำงานมากเกินไป	3.29	1.10	สูง
6	รู้สึกทำงานภายใต้แรงกดดัน	3.22	1.15	สูง
7	รู้สึกว่าการทำงานหนักจนไม่มีเวลาทำกิจกรรมอื่นๆ	3.16	1.13	สูง

ตารางที่ 1 ความเครียดและระดับความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจขณะ
ช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 (n=134) (ต่อ)

ข้อ	รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ความเครียด
8	รู้สึกใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานจนไม่มีเวลาสนใจสิ่ง ที่เกิดขึ้นรอบตัว	3.14	1.12	สูง
9	รู้สึกเหมือนว่าไม่เคยมีวันหยุด	3.01	1.13	สูง
10	รู้สึกผิดเมื่อลางาน หรือหยุดงาน	2.99	1.22	ปานกลาง
11	รู้สึกอัดอั้นใจเมื่อคิดถึงเรื่องงาน	2.96	1.23	ปานกลาง
12	รู้สึกหงุดหงิดหรือกระวนกระวายใจกับการทำงาน	2.88	1.07	ปานกลาง
13	รู้สึกวิตกกังวลเมื่อโทรศัพท์ที่มีสายเรียกเข้าเพราะกลัวจะ เป็นเรื่องงาน	2.58	1.25	ปานกลาง
รวม		3.13	1.12	สูง

3. วิธีเผชิญความเครียดของพยาบาล
โรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการ
ช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาด
ของโรคโควิด19 พบว่ามีระดับของการเผชิญ
ความเครียดภาพรวมในระดับสูง ($\bar{x}=3.72$,
S.D.=0.89) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า
ด้านที่นำมาใช้มากที่สุดคือการเผชิญความเครียด
แบบมุ่งแก้ปัญหา ($\bar{x}=4.17$, S.D.=0.68) เมื่อ
พิจารณาเป็นรายข้อพบว่าวิธีเผชิญความเครียดที่
นำมาใช้มากที่สุด คือ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น จะ

พยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง ($\bar{x}=4.28$,
S.D.=0.50) รองลงมาใช้วิธีไม่หนีปัญหาและ
พยายามหาทางแก้ไขปัญหาลงมือ ($\bar{x}=4.24$,
S.D.=0.68) วิธีเผชิญความเครียดที่นำมาใช้น้อย
ที่สุด คือเมื่อเกิดความเครียดจะไม่ยอมทำกิจกรรม
ใด ๆ ($\bar{x}=2.38$, S.D.=1.04) รองลงมาคือ เมื่อเกิด
ความเครียดจะรู้สึกไม่อยากรุงเกี่ยวกับใคร ($\bar{x}=$
2.86, S.D.=1.22) โดยมีระดับของการเผชิญ
ความเครียดในระดับปานกลางดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น
ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 (n=134)

ข้อ	รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับของ การเผชิญ ความเครียด
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา		4.17	0.68	สูง
1	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น จะพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง	4.28	0.50	สูง
2	ไม่หนีปัญหาและพยายามหาทางแก้ไขปัญหาลง	4.24	0.68	สูง
3	ปรึกษากับเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชาเพื่อหาทางแก้ปัญหา	4.01	0.90	สูง
4	พยายามรวบรวมสติไม่ให้ตื่นตระหนกเมื่อเกิดปัญหา	4.20	0.66	สูง
5	ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา	4.20	0.63	สูง
6	หาวิธีที่จะอยู่กับปัญหาให้ได้ เพื่อให้รู้สึกดีขึ้น	4.11	0.70	สูง
7	พยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ที่ผ่านมา	4.18	0.70	สูง
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์		3.89	0.87	สูง
8	เมื่อมีคนรับฟังปัญหา จะรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น	4.19	0.71	สูง
9	พยายามหาข้อดีจากปัญหาที่เกิดขึ้น	3.87	0.90	สูง
10	ต้องการคนรับฟังและคนที่เข้าใจเมื่อเกิดปัญหา	4.14	0.78	สูง
11	พยายามมองปัญหาในแง่คิดที่ต่างออกไปเพื่อให้เกิดความรู้สึก ในทางที่ดี	4.03	0.75	สูง
12	เมื่อเกิดปัญหาหรือความเครียด จะสวดมนต์เพื่อทำให้เกิดความ สบายใจ	3.27	1.16	ปานกลาง
13	เมื่อเกิดปัญหาหรือความเครียด สามารถยอมรับความเป็นจริงได้	3.94	0.87	สูง
14	คิดว่าเมื่อปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้นสิ่งเหล่านั้นจะอยู่เพียง แค่ชั่วคราว	3.82	0.91	สูง
การเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย		3.10	1.12	ปานกลาง
15	เมื่อเกิดความเครียด จะไม่ยอมทำกิจกรรมใด ๆ	2.38	1.04	ปานกลาง
16	เมื่อเกิดความเครียด จะรู้สึกไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใคร	2.86	1.22	ปานกลาง
17	เมื่อเกิดความเครียด จะนอนหลับเพื่อให้ลืมปัญหา	2.96	1.15	ปานกลาง
18	เมื่อเกิดความเครียด จะหลีกเลี่ยงการพบเจอกับบุคคลที่อาจ ทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น	3.26	1.13	ปานกลาง

ตารางที่ 2 วิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น
ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 (n=134) (ต่อ)

ข้อ	รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับของ การเผชิญ ความเครียด
19	เมื่อเกิดความเครียด จะพยายามไม่นึกถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น	3.43	1.11	ปานกลาง
20	เบี่ยงเบนความสนใจจากปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการหันไปทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อลดความไม่สบายใจ	3.68	1.04	สูง
รวม		3.72	0.89	สูง

4. ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ สถานภาพ รายได้ต่อเดือนและที่พักอาศัยที่ต่างกัน มีวิธีเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(n=134)

ปัจจัยส่วนบุคคล	p-value
เพศ	0.919
สถานภาพ	0.673
รายได้ต่อเดือน	0.834
ที่พักอาศัย	0.330

5. ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญความเครียดในภาพรวม ($r=0.273$, ค่า Sig.=0.001) แสดงว่าระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับวิธีเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์

รายด้านพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับวิธีเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการใช้เกณฑ์ระดับความสัมพันธ์ของฮินเกิ้ล (Hinkle, 1998) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 (n=134)

วิธีเผชิญความเครียด	ระดับความเครียด	
	r	p-value
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	0.026	0.763
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์	0.069	0.427
การเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย	0.431	0.000**
วิธีเผชิญความเครียดในภาพรวม	0.273	0.001**

** p<0.01

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีความเครียดในเรื่องการรู้สึกว่างานมีปริมาณมากกว่าที่ควรเป็น การรู้สึกว่าทำงานหนักจนไม่มีเวลาให้กับครอบครัว และการรู้สึกว่างานที่ทำมีปริมาณมากและมีระยะเวลาจำกัด อธิบายได้ว่า การแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็วของเชื้อไวรัสโควิด19 แม้จะมีมาตรการเพื่อบรรเทาอาการและความรุนแรงของโรค แต่เมื่อพยาบาลเป็นผู้ติดเชื้อ จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการรักษา กักตัวเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 วัน หรือตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ประกอบกับการแพร่กระจายเชื้อเป็นไปด้วยความรวดเร็วสามารถแพร่กระจายไปยังบุคคลใกล้ชิดได้ ส่งผลให้อัตรากำลังในการปฏิบัติงานลดลง พยาบาลที่ไม่ติดเชื้อ ต้องขึ้นปฏิบัติงานแทน บางครั้งต้องปฏิบัติงานในเวรบาย ต่อด้วยเวรเช้า ทำให้อ่อนเพลีย

น้อยกว่า วันละ 6 ชั่วโมง เมื่อเป็นซ้ำๆ บ่อยๆ จึงส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ นำไปสู่ภาวะเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Parker, and DeCotiis (1983) ที่สรุปว่า การที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกถึงปัญหาที่ได้รับจากที่ทำงาน ตลอดจนทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจหรือถูกคุกคามจากปัญหาในที่ทำงาน เช่น การมีปริมาณงานที่มากเกินไป ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความกดดัน และเมื่อสมมูลทางร่างกายและจิตใจของบุคคลถูกกระทบจากความเครียดในงาน บุคคลนั้นมักไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับ Wheeler & Riding (1994 อ้างถึงใน สุพรรณิ พุ่มแพ่ง, 2556) กล่าวว่า สาเหตุของความเครียดจากการทำงานของพยาบาลเกิดจากภาระงานมากในช่วงเวลาจำกัด (Workload against time) เช่น ปริมาณงานที่มีมากเกินไปจนไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำงานให้สมบูรณ์ได้ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอที่จะทำงานให้ได้ผลดี งบประมาณไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ขาดแคลนบุคลากร งาน

เอกสารมีมากเกินไป การหาทางลดการสิ้นเปลือง เพื่อให้ได้มาตรฐานระดับสูง ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นจำนวนมาก

ทั้งนี้กรมสุขภาพจิต (2563) กล่าวว่า ความเครียดระดับสูงเป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์รุนแรง หากปรับตัวไม่ได้จะทำให้เกิดความผิดปกติตามมาทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย หงุดหงิด พฤติกรรมการนอนและการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป จนมีผลต่อการดำเนินชีวิต จึงควรหาใครสักคนคอยอยู่เป็นเพื่อนรับฟังปัญหา และระบายความรู้สึก รวมถึงการมีที่ปรึกษาคอยแนะนำให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับงานวิจัย Shaimaa Ahmed Awad Ali, et al. (2021) พบว่าพยาบาลในหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตในช่วงการระบาดโควิด19 ในประเทศซาอุดีอาระเบีย มีความเครียดทางจิตใจในระดับสูงแต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของFahad Nadeem, et al. (2021) พบว่าในสถานการณ์โควิด19 ในการระบาดรอบ 3 ที่โรงพยาบาลรัฐในเมืองเคเวตตา ประเทศปากีสถาน พยาบาลมีภาวะซึมเศร้าและความเครียดในระดับต่ำ ซึ่งเป็นไปได้ว่าในรอบที่ 3 นี้เริ่มมีการใช้วัคซีนและสามารถจัดการโรคได้ดีขึ้น

2. วิธีเผชิญความเครียดของพยาบาล
โรงพยาบาลตำรวจที่ได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 พบว่ามีการเผชิญความเครียดภาพรวมในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ด้านที่นำมาใช้มากที่สุดคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาโดยพบว่าวิธีเผชิญความเครียดที่นำมาใช้มากที่สุด คือ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น จะพยายาม

แก้ปัญหาด้วยตนเอง รองลงมาใช้วิธีไม่หนีปัญหา และพยายามหาทางแก้ไขปัญหาล่วงอธิบายได้ว่าการเผชิญความเครียดโดยการมุ่งแก้ไขปัญหาเป็นความพยายามของบุคคลในการจัดการกับปัญหาดังที่ลาซารัสและลัวเนียร์กล่าวไว้ว่า (Lazarus, & Launier, 1978 อ้างถึงใน ชิตชนก นาชัยเวช, 2554) สาเหตุของความเครียดที่ตรงประเด็น หรือสถานการณ์ตึงเครียดที่เป็นตัวปัญหา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ และวิธีการที่ดี ได้แก่ มีการมองปัญหาอย่างตรงไปตรงมา ยอมรับเหตุการณ์ ตามความเป็นจริง หาข้อมูลหรือปรึกษาปัญหากับบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เช่นนั้นมาก่อน วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น แบ่งปัญหาออกเป็นข้อย่อย ตั้งวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจง หาแนวทางแก้ปัญหาหลายๆ แบบ แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุด กระตือรือร้นที่จะแก้ไขสถานการณ์ คาดการณ์ล่วงหน้า และหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้ส่งผลดีต่อบุคคล และหากสามารถจัดการกับต้นเหตุของปัญหาได้เร็ว ก็จะช่วยลดระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับความเครียด พยาบาลส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น จะพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองอาจเนื่องมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากการทำงาน ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน และผู้บริหารระดับสูงขึ้นไป ในการร่วมกันจัดสรรภาระงานให้เหมาะสมกับบุคคล

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน และที่พักอาศัย ที่ต่างกัน มีวิธีเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า วิธีเผชิญความเครียดของพยาบาล ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน และที่พักอาศัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโควิด19 ในระดับสูง ไม่

ว่าจะมีปัจจัยส่วนบุคคลแบบใด สถานการณ์ที่ทุกคนกำลังเผชิญอยู่คือการระบาดของโรคโควิด19 ที่ทุกคนประเมินแล้วว่าต้องใช้พลังกำลังอย่างเต็มความสามารถจึงจะสามารถผ่านพ้นวิกฤตครั้งนี้ไปได้ตามที่ ลาซารัสและฟอล์คแมน อธิบายไว้ (Lazarus & Folkman, 1984)

4. ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับวิธีเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า เมื่อใดก็ตามที่พยาบาลมีความเครียดเกิดขึ้นสูง วิธีเผชิญความเครียดที่ถูกนำมาใช้ก่อน คือ การจัดการความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย เพื่อเป็นการลดความเครียด เมื่อความเครียดลดลงแล้วจึงแก้ไขปัญหาคต่อไป ทั้งนี้วิธีเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อยเป็นวิธีเผชิญความเครียดที่ใช้เพื่อพยายามหลีกเลี่ยงกับปัญหาที่เกิดขึ้น แต่วิธีการนี้ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริงเมื่อปัญหายังคงอยู่จึงก่อให้เกิดความเครียดจะสะสมต่อไปเรื่อยๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shaimaa Ahmed Awad Ali, et al. (2021) พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างกลไกการเผชิญปัญหากับระดับความเครียด และความวิตกกังวลของพยาบาลในหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตในช่วงการระบาดโควิด19 ในซาอุดีอาระเบีย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เนื่องจากความเครียดของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ควรมีการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจขึ้นมาเพื่อดูแลด้านจิตใจของพยาบาล โดยมีการกำหนดนโยบายการดูแลจิตใจของพยาบาลในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 เป็นนโยบายที่สำคัญและแจ้งให้บุคลากรทุกระดับรับทราบและปฏิบัติ

1.2 เสนอให้กลุ่มงานพยาบาลมีการติดตาม ประเมิน และเฝ้าระวังสุขภาพจิตของพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ พยาบาลที่มีความเครียดระดับรุนแรงและระดับสูง ทั้งนี้อาจทำการประเมินและช่วยเหลือในแบบออนไลน์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงทางสุขภาพจิตของพยาบาลกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นสาเหตุ ปัจจัยส่งเสริม วิธีเผชิญความเครียด และแนวทางปฏิบัติที่ดี ในการช่วยเหลือพยาบาลให้สามารถเผชิญความเครียดได้

2.2 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีผลก่อให้เกิดความเครียดของพยาบาลในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 เช่น ลักษณะงาน สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน บรรยากาศการทำงาน การรับรู้ การสนับสนุนจากองค์กร เป็นต้น

2.3 ควรทำการศึกษาระดับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด19 เฉพาะหน่วยงานเพื่อวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และสามารถอธิบายไปยังประชากรกลุ่มต่างๆ ได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกอร เปรมเดชา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพการทำงาน การจัดการความเครียดและระดับความเครียดของพนักงานมหาวิทยาลัย (การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *ฝ่า 4 กลุ่มความเครียดที่กระทบสุขภาพ เครียดแบบเราจัดอยู่กลุ่มไหน?* สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30321>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *ภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต.
- จันทร์หา อัยเอ็ง และวรรณกร พลพิชัย. (2561). การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง (รายงานผลการวิจัย). สงขลา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย.
- จรรุขา บรรเจิดถาวร และภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2562). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนิสิตปริญญาตรีที่ได้รับทุนการศึกษาในคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 1(2), 191-203.
- จิตชนก นาชัยเวช. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและผลที่ตามมาของความเครียดของพนักงานสายทรัพยากรบุคคล บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) (การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.
- ชุติมา พระโพธิ์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การจัดการความเครียดและคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการครูในจังหวัดสระบุรี (การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.
- พนิดา สังฆพันธ์. (2556). ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารสัตวแพทยศาสตร์ มข.*, 3(2), 1-14.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2562). สาเหตุความเครียด วิธีเผชิญความเครียด และผลที่เกิดขึ้นในนักศึกษาพยาบาล. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 2(15), 192-205.
- วัชรีย์ แสงมณี, น้าทิพย์ แก้ววิชิต, สุธิสา เต็มทับ, และเจรจา กลูเกื้อ. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(1), 17-32.
- สิมาพร พรหมสาร, ปิยะณัฐ พรหมสาร, และกนกวรรณ รัตนแสงเลิศ. (2564). ความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศิริราชระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 74(3), 197-204.

- สุพรรณิ พุ่มแพ่ง. (2556). *การพัฒนาแบบประเมินความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2563). ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(4), 400-408.
- Best, J.W. (1993). *Research in Education*. Boston, M.A.: Allyn and Bacon.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Zhuang, Q. (2020). *Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177038/pdf/medscimonit-26-e924171.pdf>
- Fahad, N., Abdul, S., Abdul, R., Qaiser, I., Sajjad, H., Fahad, S., & Mohammad, B. (2021). Depression, anxiety, and stress among nurses during the COVID-19 wave III: results of a cross-sectional assessment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2021(14), 3093-3101.
- Hanadi, Y. H., Nazik, M. A., Zakari, Ebtesam, J., Faisal, N. N., Jamel, A. S. S., & Hedi, H. B. (2021). Stress and coping strategies among nursing students in clinical practice during COVID-19. *Nursing reports*, 11(3), 629-639.
- Hinkle, D.E. (1998). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. Boston: Houghton Mifflin.
- Kampf, G., Todt, D., Pfaender, S., & Steinmann, E. (2020). Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocide agents. *Journal of Hospital Infection*, 104(3), 246-251.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Nadeem, F., Sadiq, A., Raziq, A., Iqbal, Q., Haider, S., Saleem, F. & Bashaar, M. (2021). Depression, anxiety, and stress among nurses during the COVID-19 wave III: Results of a cross-sectional assessment. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 14, 3093-3101.
- Parker, D. F., & DeCotiis, T. A. (1983). Organizational determinants of job stress. *organizational behavior & human performance*, 32(2), 160-177.

- Shaimaa, A. A., Samar, A.S.,& Ehab, K. E.(2021). Exploring the psychological stress, anxiety factors, and coping mechanisms of critical care unit nurses during the COVID-19 outbreak in Saudi Arabia. *Frontier in Publish Health*, 2021(9), 1-11.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd ed). New York: Harper and row publications.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม

นวลจันทร์ คูสุวรรณ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และ 2) ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยและพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยประกอบด้วย 6 ขั้นตอน โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลผู้ใช้นโยบาย 26 คน และผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม 20 คน ผลการวิจัยได้แนวปฏิบัติฯ 3 ระยะ 1) ก่อนผ่าตัด ในวันนัดผ่าตัดและวันนอนโรงพยาบาล เน้นการประเมินผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วย และให้ความรู้เรื่องการผ่าตัด 2) หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก เน้นการพยาบาลใกล้ชิดหลังผ่าตัด การประเมินและจัดการความปวด การประคบเย็นและเครื่องมือกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา และการฟื้นฟูเบื้องต้น และ 3) ก่อนและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเน้นให้คำแนะนำป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขาอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้สื่อวิดีโอทัศน์ติดตามผลหลังผ่าตัดทางไลน์

ผลการวิจัย: ผลการใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มผู้ใช้ พบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้ระดับมากที่สุดทุกระยะ มีความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานระดับมากที่สุด การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากและความพึงพอใจในการใช้โดยรวมอยู่ระดับมาก ในกลุ่มผู้รับบริการ ความสามารถในการงอเข่าดีขึ้นภายหลังผ่าตัด ความสามารถในการเดินในแนวราบภายในเวลา 6 นาที ดีขึ้นภายหลังผ่าตัดเช่นกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ: แนวปฏิบัติเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการวิจัยติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การผ่าตัดข้อเข่าเทียม, การวิจัยและพัฒนา

The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Patients with Total Knee Arthroplasty

Nuanjan Kusuvan*

Abstract

Purpose: To 1) develop the clinical nursing practice guidelines (CNPg) for patients with knee arthroplasty in Damnoen Saduak Hospital, and 2) to study the results of using nursing practice guidelines for patients with knee arthroplasty in Damnoen Saduak Hospital.

Design: Research and development

Method: The research consisted of six steps, using the Australian National Health and Medical Research Council. The sample was purposively selected with 26 nurses using CNPG and 20 patients with knee arthroplasty. Results illustrated that the CNPG had 3 phases: 1) The pre-operative phase: before surgery, surgical appointment day, and admission day which focused on patient assessment, preparation, and giving surgical information 2) The 24 hours after surgery, focused on closely nursing care with assessment and pain management, cold compresses and electrical nerve stimulation tools, and exercise of the muscles around the knees and thighs and early ambulation, and 3) The pre-discharge and discharge phase focused on giving advice on possible complications, walking aids, and ongoing exercises around the knees and thighs at home using video media and post-operation monitoring by line application.

Main findings: The results of using the CNPG in nurse group revealed that the probability of using CNPG was at the highest in every stage. There was a clarity of content and appropriateness for using at the highest level in the unit level. Overall compliance with the guidelines and overall satisfaction were high. In patient group, it was found that the ability to bend the knee was improved after surgery. The ability to walk horizontally within 6 minutes also improved.

Conclusion and recommendations: The CNPG were appropriate to use as a standard for effective nursing practice, but there should be research to monitor result of using the CNPG continuously.

Keywords: Clinical nursing practice guidelines, Total knee arthroplasty, Research and development

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ข้อเข่าเสื่อมพบในประชากรสูงอายุ โดยผู้สูงอายุทั่วโลกมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9.6 ในเพศชายและร้อยละ 18 ในเพศหญิง แต่ละปีมีผู้ป่วยอายุระหว่าง 60 ถึง 80 ปี เข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมมากกว่า 600,000 ราย (American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2015) ในสหรัฐอเมริกาพบแต่ละปีมีผู้เข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมประมาณ 500,000 คน (Pettersson, Mizner, Stevens, Rasis, Bodenstab, Newcomb, & Mackler, 2009) สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในช่วง พ.ศ. 2557- 2559 จำนวน 6,353 ราย 8,690 ราย และ 10,736 ราย ตามลำดับ จึงเห็นได้ว่าแนวโน้มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและการได้รับผ่าตัดข้อเข่าเทียมเพิ่มขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) แม้การผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อเข่าได้ปกติแต่ผลกระทบหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียมทำให้มีการบาดเจ็บและฉีกขาดของเนื้อเยื่อรอบข้อเข่าได้ (ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2554) ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว การรับน้ำหนัก และความมั่นคงของข้อเข่า (Rodríguez-Merchán, 2019) การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม (รัศมี เกตุธานี, และคณะ, 2561) โดยเฉพาะการเพิ่มพิสัยการเหยียดและการงอของข้อเข่าเพื่อให้เคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น (Baloch, Zubairi, Rashid, Hashmi, & Lakdawala, 2015) ป้องกันภาวะข้อเข่าติดแข็งและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์, 2560) ทำให้การฟื้นตัว การทำหน้าที่ทางกายได้มากขึ้น รวมทั้งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

หลังผ่าตัด (Cram, Lu, Kates, Singh, Li, & Wolf, 2012) สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพปกติอย่างรวดเร็วที่สุด (ณัชชา ตระการจันทร์, และพัศจิพร ศุภพิทักษ์, 2563)

จากการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมใน พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 จำนวน 51, 61, 66, 64, และ 51 คน ตามลำดับ พบผู้ป่วยหลังผ่าตัด 6 เดือนมารับการตรวจตามนัด มีภาวะข้อฝืด งอเข่าได้น้อยกว่า 90 องศา และไม่สามารถเดินในแนวราบได้อย่างมั่นคง จำนวน 2, 3, 5, 4 และ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.92, 4.91, 7.57, 6.25 และ 13.72 ตามลำดับ และใน พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยมารับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมซ้ำจากกระดูกบริเวณข้อเข่าเทียมหักจากอุบัติเหตุการเดินลื่นล้ม จำนวน 1 ราย (โรงพยาบาลดำเนินสะดวก, 2563) ซึ่งหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียมยังพบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากปัญหาในการเคลื่อนไหว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมภายหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ (Sofia, et al, 2015) โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย (จิตรลดา พงศธราริก, และแก้วใจ ทัดจันทร์, 2564) ความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม (Sofia et al, 2015) ภาวะโภชนาการ (สรวิชัย สีสาน, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ธวัชชัย อัครวิพุธ, และสุวิมล แคล่วคล่อง, 2557) ความรู้ (เพ็ญศิริ ดวงขุนมาตย์, ประสิทธิ์ สิริระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, และกิริติ เจริญชลวานิช, 2557) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (เพ็ญศิริ ดวงขุนมาตย์ และคณะ, 2557) อาการปวดหลังผ่าตัด

(วัชรวิ วรากุลนุเคราะห์, สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง, วิลาวัลย์ อาชวกุลเทพ, และลักษรา บุญประคอง, 2554; Aasvang, Luna, & Kehlet, 2015; Arnold, Walters, & Ferrar, 2016) การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด (กิริติ เจริญชลวานิช, 2559) ความวิตกกังวล (Qi, Lin, Zhou, Du, Jia, & Sun, 2015) 2) ด้านกระบวนการรักษา ได้แก่ ความพร้อมและความเพียงพอของเครื่องมืออุปกรณ์ และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งการได้รับแรงกระตุ้นหรือการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง (เพ็ญศิริ ดวงพณมาตย์, และคณะ, 2557)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก โดยพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ยังไม่ครอบคลุมพบว่า 1) การให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพียง 1 วันก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพความพร้อมด้านร่างกายไม่ครอบคลุม 2) การให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การประเมินความปวด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเหล่านี้หลังผ่าตัด และ 3) ความรู้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดหลังผ่าตัด ซึ่งจะเห็นว่าการให้ข้อมูลเกิดตามหลังกิจกรรมการดูแลรักษา การได้รับข้อมูลที่ล่าช้าทำให้ผู้ป่วยขาดการรับรู้การเตรียมความพร้อมและฝึกบริหารข้อเข่าและกล้ามเนื้อต้นขา ก่อนผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดจึงไม่บริหารข้อเข่าและกล้ามเนื้อต้นขาเพราะเกรงว่าเจ็บปวดแผลมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองจากครอบครัวเนื่องจากที่ผ่านมารอบครัวยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการรับรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณข้อเข่าและต้นขา การส่งผู้ป่วยปรึกษานักกายภาพบำบัด

จะพิจารณาเฉพาะในกรณีที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ล่าช้า และเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์จึงพบว่าผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะข้อฝืดหรือข้อเข้าได้น้อยกว่า 90 องศา ทำให้ทีมการพยาบาลตระหนักดีว่าการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมีความจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาก่อนการผ่าตัด ซึ่งการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลข้อเข่าเทียมเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมจะสามารถส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยบนหลักฐานเชิงประจักษ์และเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องได้

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมเป็นส่วนสำคัญต่อการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น (Baloch et al., 2015) ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารระดับสูงขององค์กรพยาบาล มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับ ติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลตระหนักในความสำคัญดังกล่าว จึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในแนวทางเดียวกันทั้งนี้ใช้การดำเนินงานเป็นขั้นตอนร่วมกับการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพและใช้กระบวนการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติซึ่งเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Knowles, 1980) ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าเนื้อหาเพื่อช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้หรือสร้างความรู้ให้เกิดขึ้นในตนเองด้วยการลงมือปฏิบัติจริงผ่านสื่อหรือกิจกรรมการเรียนรู้ (จิตณรงค์ เอี่ยมสำอาง, 2558; วารินทร์พร ฟันเฟื่องฟู, 2562) ดังนั้นผู้เรียนจะถูกเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับความรู้ (Receive) ไปสู่การมีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ (Co-creators)

(Fedler & Brent, 2009) ผู้วิจัยตระหนักดีว่าหากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสามารถนำแนวปฏิบัติฯ นี้ไปใช้ได้จริง ผลที่ได้จากการใช้แนวปฏิบัติฯ จะสามารถช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม เพิ่มความสามารถในการงอเข่า และความสามารถการเดินในระยะเวลา 6 นาที สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพปกติอย่างรวดเร็วที่สุด ส่งผลต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยโดยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาใช้กระบวนการวิจัย 6 ขั้นตอน (กิตติยา วงษ์ชันธิ์, 2560) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาสภาพการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก (Research; R1) ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม (Development; D1) โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 2011) และตรวจสอบคุณภาพ ซึ่งมี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาล 4) สืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) 5)

ยกร่างแนวปฏิบัติฯ 6) ตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแก้ไข และ 7) เตรียมผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ โดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (Active learning) ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Knowles, 1980) ที่นำมาใช้ในการจัดการศึกษาด้านสุขภาพมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติจริงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิผล ขั้นตอนที่ 3 นำร่างแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ (ครั้งที่ 1) โดยประเมินผลการใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (Research; R2) ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติฯ (Development; D2) ขั้นตอนที่ 5 นำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ (ครั้งที่ 2) โดยประเมินผลการใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (Research; R3) ขั้นตอนที่ 6 ปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก (Development; D3) นำสู่การใช้งานจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา และปรับตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหาสภาพการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่ผ่านมา แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่

แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ จำนวน 34 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (มีความเป็นไปได้ในการใช้น้อยที่สุด = 1 ถึง มากที่สุด = 5)

แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ (ปฏิบัติ = 1 และไม่ปฏิบัติ = 0) มีค่าคะแนน 0-30 คะแนน (คะแนน 0-10 = ปฏิบัติในระดับน้อย 11-20 = ปฏิบัติในระดับปานกลาง 21-30 = ปฏิบัติในระดับมาก) สร้างขึ้นตามเนื้อหาในคู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด = 1 ถึงมากที่สุด = 5) ดัดแปลงจากแบบประเมินความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดข้อเข่าเทียมของวิลาวัลย์ นาคปลัด (2562)

เกณฑ์การแปลความหมาย อิงกลุ่มตามค่าของข้อมูลที่ได้ โดยนำค่าพิสัย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) มาแบ่งเป็น 5 ช่วงเท่ากัน ตามจำนวนกลุ่มที่ต้องการแปลผล (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2557) แบบประเมินผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97, 0.96 และ 0.94 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94, 0.69 และ 0.97 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสภาพข้อเข่า ได้แก่ แบบบันทึกความสามารถในการงอเข่าและแบบบันทึกความสามารถในการเดิน

แนวราบภายในเวลา 6 นาที ประเมินโดยนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 1 ท่าน ทำการวัดผู้ป่วยทุกคน การประเมินความสามารถในการงอเข่า ทำการวัดคนละ 3 ครั้ง นำมาหาค่าเฉลี่ยและแปลผล ถ้ามากกว่า 90 องศาแสดงว่างอเข่าได้ดี และความสามารถในการเดินแนวราบภายในเวลา 6 นาที ถ้าผู้ป่วยสามารถเดินได้มากกว่า 20 เมตรภายในเวลา 6 นาที แสดงว่าเดินได้ดี ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนักกายภาพบำบัด 2 คน ทำการประเมินผู้ป่วยคนเดียวกัน นำค่าที่ได้มาตรวจสอบพบว่ามีการประเมินเท่ากัน ได้ค่า Inter-rater เท่ากับ 0.65

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรของการประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม จำนวน 26 คน จากหอผู้ป่วย 5 แห่ง ได้แก่ ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรคกระดูกสันหลัง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติชั้น 6 และชั้น 7 จำนวน 24 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมได้ครบตามกระบวนการวิจัยและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงความจำนงออกจากการศึกษา

2. ประชากรของการประเมินผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสภาพข้อเข่า ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม จำนวน 20 คน ที่มารับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2565 จากสถิติผู้ป่วยผ่าตัด เฉลี่ยปีละ 65 คน เฉลี่ยเดือนละ 5 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยผู้ป่วยและญาติยินดียอมรับร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก เมื่อผู้ป่วยได้รับการงัดหรือเลื่อนผ่าตัด ผู้ป่วยหรือญาติขอยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกระบวนการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ประชากรคือ 20 ราย ตามที่ Polit & Beck (2004) เสนอว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง ที่ศึกษาน้อยที่สุดคือกลุ่มละ 20 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้กระบวนการวิจัย 6 ขั้นตอน เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมและศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติฯ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงเมษายน พ.ศ. 2565 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โดย 1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม ในปี พ.ศ. 2559 ถึง 2563 จำนวน 293 ฉบับ พบมีภาวะข้อฝืดร้อยละ 1.02 งอเข้าได้น้อยกว่า 90 องศา ร้อยละ 4.44 ไม่สามารถเดินในแนวราบได้อย่างมั่นคง ร้อยละ 1.71 ผ่าตัดข้อเข่าเทียมซ้ำจากข้อเข่าเทียมหักเนื่องจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 0.34, 2) สัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเทียมในหอผู้ป่วย จำนวน 8 คน จาก 4 หอผู้ป่วย ตามแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในประเด็นสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วย

ผ่าตัดข้อเข่าเทียมและสิ่งที่ต้องการพัฒนา พบว่าในระยะก่อนผ่าตัดการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายโดยพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน เป็นไปตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ยังขาดการซักประวัติและการประเมินสภาพร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีร่างกายอาจไม่พร้อมต่อการผ่าตัดต้องงดเลื่อนผ่าตัด อีกทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด มักเกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยผ่าตัดแล้ว ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจและเหยียดขาหลังผ่าตัดเนื่องจากกลัวเจ็บ ทำให้เกิดปัญหาในการงอขาแพทย์จะส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพข้อเข่าหลังผ่าตัดล่าช้า ในระยะก่อนจำหน่ายและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับคำแนะนำการมาตรวจตามนัด แต่ขาดการกระตุ้นให้มีการบริหารข้อเข่าต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โดยดำเนินการตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NHMRC (2011) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่

1) กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา จากผลการวิเคราะห์ส่วนขาดจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การให้ข้อมูลและการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การประเมินความปวด การให้ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการบริหารข้อเท้าและกล้ามเนื้อต้นขา การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากครอบครัว ในการฟื้นฟูสภาพก่อนและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 3 คน วัสดุแพทย์ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 คน รวม 11 คน

3) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพเพื่อประเมินผลลัพธ์ ด้านกระบวนการ และผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสภาพข้อเข่า

4) สืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล การส่งเสริม การฟื้นฟูสภาพ โปรแกรมส่งเสริมผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม การผ่าตัดข้อเข่าเทียม, Total knee arthroplasty, Postoperative recovery, Arthroplasty of the knee, Nursing care for total knee arthroplasty, Clinical practice guideline of knee osteoarthritis, Rehabilitation ชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัย เอกสารวิชาการ ตำราวิชาการ และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 - 2564 และ ค.ศ. 2007-2021 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Google Scholar, Thai-j o และงานวิจัยที่ได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014a, 2017) และผ่านการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) แบ่งเป็นระยะ 1) ก่อนผ่าตัด แนวทางการดูแลโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการผ่าตัดข้อเข่าเทียม การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การจัดการความปวด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย การบริหารข้อเท้า กล้ามเนื้อต้นขา การเดินด้วยเครื่องช่วยเดินแบบสี่ขา การใช้เครื่องมือในการให้ความรู้ 2) หลังผ่าตัด การประเมินความรุนแรงของความปวด ประเมินภาวะแทรกซ้อน กระตุ้นให้บริหารกล้ามเนื้อต้นขา 3) ก่อนและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กระตุ้นการออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อขา ทบทวนความรู้ผู้ป่วยและญาติส่ง

เสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหลังผ่าตัดโดยใช้สื่อการสอน

5) ยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากการสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นและขอบเขตของปัญหา พัฒนาร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้ร่างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ระยะก่อนผ่าตัด ในวันนัดผ่าตัดและวันนอนโรงพยาบาล ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ระยะ 1-4 วันหลังผ่าตัด และระยะก่อนและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6) ตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหาของร่างแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ไขโดยพิจารณาร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ก่อนนำไปใช้

7) เตรียมผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (Active Learning) ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Knowles, 1980) เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่นำมาใช้ในการจัดการศึกษาด้านสุขภาพมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติจริงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ โดยจัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 รุ่น จำนวน 36 คน วันที่ 18-19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาล วัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมก่อนและหลังการอบรม พบว่า ก่อนและหลังการอบรมผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ในระดับมาก เฉลี่ย 7.84 ± 0.96 และ 9.46 ± 0.81 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=6.343$)

ขั้นตอนที่ 3 นำร่างแนวปฏิบัติ ไปใช้ (ครั้งที่ 1) และประเมินผลการใช้แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก

ประเมินความรู้ในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ห้องตรวจศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 คน และพยาบาลในหอผู้ป่วย จำนวน 8 คน ประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ 1) ความเป็นไปได้ในการใช้ร่างแนวปฏิบัติโดยรวมพบอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.62 ± 0.14 ความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงานอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.60 ± 0.52 และ 4.50 ± 0.71 ตามลำดับ ความยากง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.40 ± 0.52 และ 4.30 ± 0.48 ตามลำดับ 2) การปฏิบัติตามร่างแนวปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนปฏิบัติเฉลี่ย 27.80 ± 2.55 และ 3) ความพึงพอใจในการใช้ร่างแนวปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.52 ± 0.58 และส่วนที่ 2 ในกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม จำนวน 10 คน ประเมินผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสภาพข้อเข่า ได้แก่ 1) ความสามารถในการงอเข่า พบว่า ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน มีค่าองศาในการงอเข่าเฉลี่ย 75.10 ± 10.84 วันจำหน่ายกลับบ้าน มีค่าองศาในการงอเข่าเฉลี่ย 89.65 ± 4.29 วันนัดติดตามผลหลังจำหน่ายที่ 2 สัปดาห์ งอเข่าได้มากกว่า 90 องศา มีค่าองศาในการงอเข่าเฉลี่ย 91.75 ± 5.05 และความสามารถการเดินในแนวราบภายในเวลา 6 นาที พบว่า ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน เดินได้ระยะทางเฉลี่ย (เมตร) 50.27 ± 9.63 วันจำหน่ายกลับบ้าน เดินได้ระยะทางเฉลี่ย (เมตร) 57.72 ± 19.09 วันนัดติดตามผลหลังจำหน่ายที่ 2 สัปดาห์ เดินได้ระยะทางเฉลี่ย (เมตร) 59.09 ± 19.23 หลังการประเมินผลลัพธ์ ผู้วิจัยสนทนากลุ่มผู้ใช้ร่างแนวปฏิบัติ กลุ่มเดิม จำนวน 10 คน ในประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการใช้ร่างแนวปฏิบัติ ได้ข้อสรุปดังนี้ 1) การบันทึกระดับความปวด มีความเข้าช้อยกับแบบบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยในเวช

ระเบียนผู้ป่วยใน จึงให้บันทึกเฉพาะในแบบบันทึกสัญญาณชีพ 2) การจองเลือด มีการจองทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน ปรับให้พยาบาลหอผู้ป่วยในเป็นผู้ดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติฯ นำผลลัพธ์จากการประเมิน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการมาปรับปรุงคู่มือการใช้แนวปฏิบัติฯ และแบบบันทึกการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม

ขั้นตอนที่ 5 นำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ (ครั้งที่ 2) และประเมินผลการใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ นำไปใช้ในหน่วยงานและหอผู้ป่วยทั้งหมดที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก โดยนำคู่มือการใช้แนวปฏิบัติฯ แบบบันทึกการปฏิบัติฯ แผ่นพับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและแผ่นพับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่มีคิวอาร์โค้ดคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2565 และประเมินผลการใช้ในพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ จำนวน 26 คน เลือกแบบเจาะจง ใน 5 หน่วยงาน ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหุ้มข้อ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติชั้น 6 และชั้น 7 และประเมินในกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก กระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือรับรองเลขที่ COA DNDH-REC No.64/13 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามหลักของผู้เข้าร่วมการวิจัย และดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม

ข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติไม่มีผลต่อหน้าที่การงาน และกลุ่มผู้รับบริการไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น (Focus group) เพื่อค้นหาประเด็นปัญหาและอุปสรรคการใช้ร่างแนวปฏิบัติ ในขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ความสามารถในการรอเข้าและความสามารถในการเดินในแนวราบภายในเวลา 6 นาที (6MWT) ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวกที่ได้รับการพัฒนา มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014a, 2017) และแนวทางปฏิบัติผ่านการประเมินคุณภาพสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) ฉบับภาษาไทย (กรมการแพทย์, 2556) ระดับ 1 - ระดับ 5 จำนวน 23 เรื่อง ประกอบด้วย การพยาบาล 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะก่อนผ่าตัด ในวันนัดผ่าตัด เน้นซักประวัติ การมีโรคร่วม ส่งถ่ายภาพรังสีและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินสภาพผิวหนังและฟัน การ

ให้ความรู้เรื่องการผ่าตัด การเตรียมตัวนอนโรงพยาบาลและการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา ร่วมกับญาติโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และในวันนอนโรงพยาบาล เน้นประเมินความพร้อมร่างกายจิตใจ การจ้องเลือด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี การดื่มน้ำและอาหาร การเซ็นยินยอมผ่าตัด ความรู้ในการประเมินและจัดการความปวดหลังผ่าตัด การฝึกบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา

2) ระยะหลังผ่าตัด ใน 24 ชั่วโมงแรก เน้นประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การให้สารน้ำ ตรวจสอบสายระบายเลือด ประเมินและจัดการความปวดด้วยยา การประคบเย็น ในวันที่ 1-2 เน้นประเมินและจัดการความปวดด้วยยาและการประคบเย็น ระวังปวดด้วยเครื่องมือกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา และในวันที่ 3-4 เน้นประเมินและจัดการความปวดด้วยการประคบเย็น ระวังปวดด้วยเครื่องมือกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา การลุกนั่งบนเตียงบนเก้าอี้

3) ระยะก่อนและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เน้นให้คำแนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขาอย่างต่อเนื่องโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ติดตามผลทางไลน์ แอปพลิเคชัน หลังผ่าตัดก่อนวันนัด 2 สัปดาห์

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

2.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ทั้งหมด 26 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 50 (จำนวน 13 คน) มีอายุเฉลี่ย 49.87 ปี มีอายุน้อยที่สุด 26 ปี อายุมากที่สุด 58 ปี

จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.46 (จำนวน 23 คน) ระยะเวลาปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 84.61 (จำนวน 22 คน) มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ร้อยละ 65.38 (จำนวน 17 คน)

ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุดทุกระยะผ่าตัด โดย 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ

4.83 ± 0.38 รองลงมาคือ หลังผ่าตัดวันที่ 1-2 มีค่าเฉลี่ย 4.73 ± 0.47 ก่อนผ่าตัดวันนัดผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 4.62 ± 0.57 ภาพรวมมีความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมในการนำไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย $4.54 \pm 0.51, 4.50 \pm 0.65$ ความยากง่ายและความสะดวกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย $4.35 \pm 0.63, 4.27 \pm 0.67$ ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ (N=26)

ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	Mean	S.D.	แปลผล
1) ระยะก่อนผ่าตัด			
- วันนัดผ่าตัด	4.62	0.57	มากที่สุด
- วันนอนโรงพยาบาล	4.69	0.49	มากที่สุด
2) ระยะหลังผ่าตัด			
- 24 ชั่วโมงแรก	4.83	0.38	มากที่สุด
- วันที่ 1-2	4.73	0.47	มากที่สุด
- วันที่ 3-4	4.68	0.55	มากที่สุด
3) ระยะก่อนและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	4.68	0.55	มากที่สุด
4) ภาพรวม			
- ความยากง่ายในการใช้แนวปฏิบัติ	4.35	0.63	มาก
- ความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	4.27	0.67	มาก
- ความชัดเจนของเนื้อหาในแนวปฏิบัติ	4.54	0.51	มากที่สุด
- ความเหมาะสมกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน	4.50	0.65	มากที่สุด

จากผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ จึงนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติฯ ซึ่งพบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนปฏิบัติเฉลี่ย 27.77 ± 1.48 ประเด็นที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ การประเมินและบันทึก ระดับความ

รู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ และการประเมินความปวด ร้อยละ 100 (จำนวน 26 คน) ทุกลำดับ ประเด็นที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ น้อยที่สุด ได้แก่ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 57.69 (จำนวน 15 คน) การประเมินอาการปวดฟัน ร้อยละ 73.08 (จำนวน 19 คน)

ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 ± 0.54 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทำให้มั่นใจ ขั้นตอนการปฏิบัติได้มากขึ้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.65 ± 0.49 รองลงมาคือ ทำให้การ กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ทราบวิธีการปฏิบัติมากขึ้น และแนวปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้จริง มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 4.58 ± 0.50 ความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ช่วยทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับศัลยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์มากขึ้น ค่าเฉลี่ย 4.19 ± 0.57

2.2) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 (จำนวน 16 คน) มีอายุระหว่าง 61–65 ปี ร้อยละ 35.00 (จำนวน 7 คน) อายุเฉลี่ย 66.40 ปี อายุ น้อยที่สุด 56 ปี อายุมากที่สุด 78 ปี ระดับ การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 90.00 (จำนวน 18 คน) อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 50.00 (จำนวน 10 คน) ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25.0 ร้อยละ 55.00 (จำนวน 11 คน) ไม่เคยมีประสบการณ์ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ร้อยละ 60.00 (จำนวน 12 คน) ระยะเวลาที่เป็นข้อเข่าเสื่อม 2–5 ปี จำนวน 10 คน น้อยที่สุด 2 เดือน มากที่สุด 11 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 (จำนวน 16 คน) เป็นความดันโลหิตสูงและไขมันสูง มากที่สุด ร้อยละ 31.25 (จำนวน 5 คน) ยาที่รับประทาน เป็นประจำ ร้อยละ 75.00 (จำนวน 15 คน) ได้รับความรู้ผ่าตัดเข่าด้านซ้าย ร้อยละ 65.00 (จำนวน 13

คน) เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 10 มิลลิลิตร ร้อยละ 60.00 (จำนวน 12 คน) ระบุความรู้สึกด้วยวิธี Spinal block ร่วมกับ Morphine ร้อยละ 95.00 (จำนวน 19 คน) ไม่ได้รับยาแก้ปวดในห้องผ่าตัด ร้อยละ 60.00 (จำนวน 12 คน)

ความสามารถในการงอเข่า พบว่า มีค่า องศาในการงอเข่า 51–70 องศา ร้อยละ 55.0 (จำนวน 11 ราย) มีค่าองศาในการงอเข่า 71–90 องศา ร้อยละ 35.0 (จำนวน 7 ราย) มีค่าองศาในการงอเข่า น้อยกว่า 50 องศา ร้อยละ 100 (จำนวน 2 ราย) และมีองศาในการงอเข่า เฉลี่ยเท่ากับ 66.20 ± 11.05 น้อยที่สุดเท่ากับ 43 องศา มากที่สุดเท่ากับ 90 องศา ในวันจำหน่ายกลับบ้าน มีค่าองศาในการงอเข่า 71–90 องศา ร้อยละ 45.0 (จำนวน 9 ราย) และมีค่าองศาในการงอเข่า 91–100 องศา ร้อยละ 45.0 (จำนวน 9 ราย) มีค่า องศาในการงอเข่า 51–70 องศา ร้อยละ 10.0 (จำนวน 2 ราย) โดยมืองศาในการงอเข่า เฉลี่ย เท่ากับ 89.30 ± 7.62 น้อยที่สุดเท่ากับ 66 องศา มากที่สุดเท่ากับ 97 องศา และวันนัดติดตามผล 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย พบว่า ผู้รับบริการมีค่า องศาในการงอเข่า 91–100 องศา ร้อยละ 65.0 (จำนวน 13 ราย) มีค่าองศาในการงอเข่า 71–90 องศา ร้อยละ 25.0 (จำนวน 5 ราย) มืองศาในการงอเข่า มากกว่า 100 องศา ร้อยละ 5.0 (จำนวน 1 ราย) มีค่าองศาในการงอเข่าเฉลี่ย เท่ากับ 93.50 ± 8.83 น้อยที่สุดเท่ากับ 70 องศา มากที่สุดเท่ากับ 105 องศา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละความสามารถในการงอเข้าของกลุ่มผู้รับบริการ (n=20)

จำนวนองศาในการงอเข้า (องศา)	ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน		วันจำหน่ายกลับบ้าน		วันนัดติดตามผล 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 50	2	10.00	0	0.00	0	0.00
51 - 70	11	55.00	2	10.00	1	5.00
71 - 90	7	35.00	9	45.00	5	25.00
91 - 100	0	0.00	9	45.00	13	65.00
มากกว่า 100	0	0.00	0	0.00	1	5.00
ค่าเฉลี่ย	66.20 ± 11.05		89.30 ± 7.62		93.5 ± 8.83	

ความสามารถการเดินในแนวราบภายในเวลา 6 นาที โดยให้ผู้ป่วยเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน (walker) พบว่า ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน มีระยะทางการเดิน (เมตร) เฉลี่ย 51.15 ± 17.48 สามารถเดินได้ระยะทาง 41-60 เมตรมากที่สุด ร้อยละ 35.50 (จำนวน 7 ราย) สามารถเดินได้ระยะทางน้อยกว่า 20 เมตร ร้อยละ 5.00 (จำนวน 1 ราย) วันจำหน่ายกลับบ้าน มีระยะทางการเดิน (เมตร) เฉลี่ย 62.4 ± 24.54 สามารถเดินได้ระยะทาง 61-

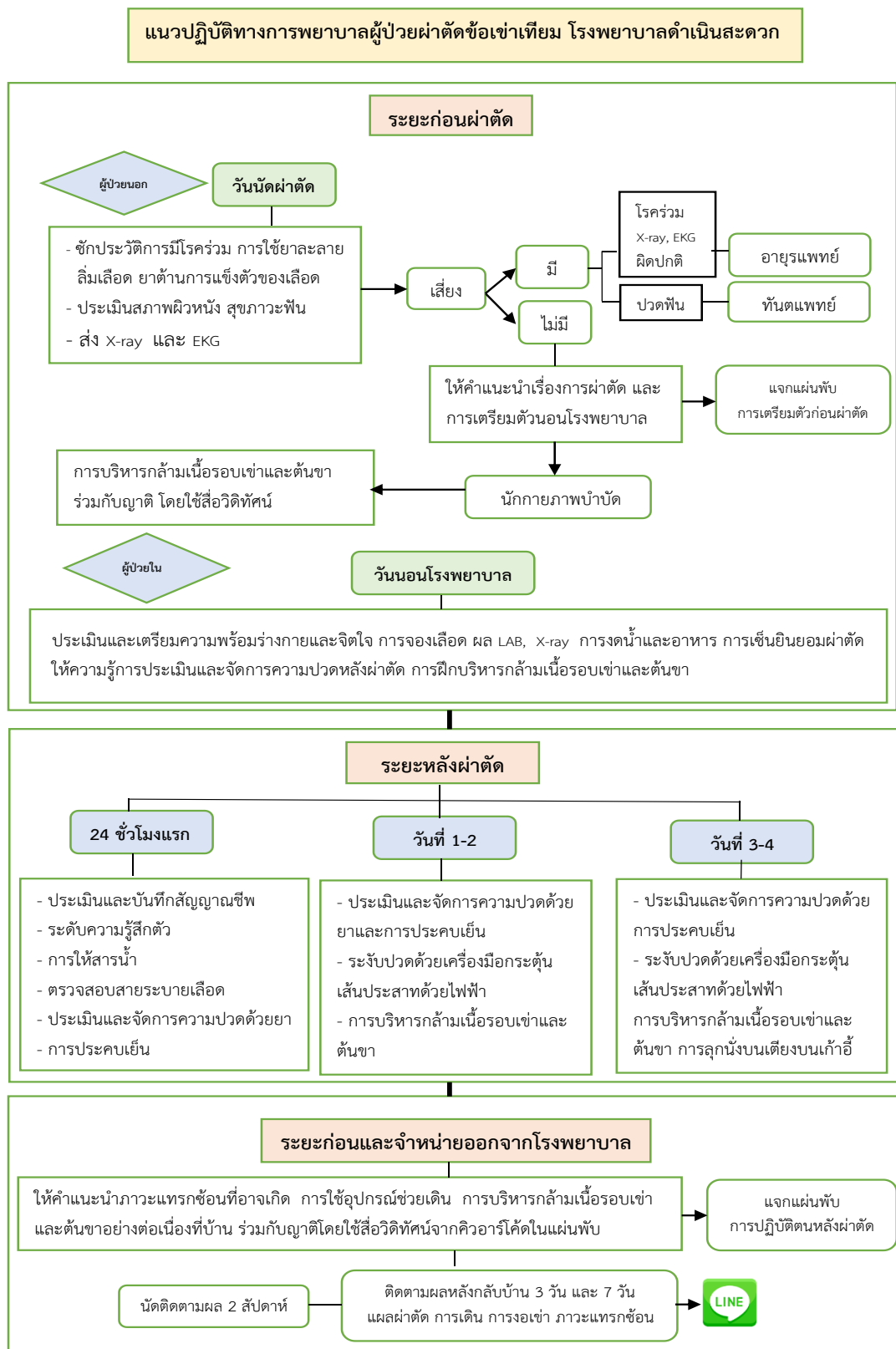
80 เมตรมากที่สุด ร้อยละ 35.00 (จำนวน 7 ราย) สามารถเดินได้ระยะทางน้อยกว่า 20 เมตร ร้อยละ 5.00 (จำนวน 1 ราย) วันนัดติดตามผลที่ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย มีระยะทางการเดิน (เมตร) เฉลี่ย 70.40 ± 28.02 สามารถเดินได้ระยะทางมากกว่า 80 เมตรมากที่สุด ร้อยละ 55.00 (จำนวน 11 ราย) สามารถเดินได้ระยะทางน้อยกว่า 20 เมตร ร้อยละ 5.00 (จำนวน 1 ราย) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ความสามารถในการเดินในแนวราบภายในเวลา 6 นาทีของกลุ่มผู้รับบริการ (n=20)

ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที (เมตร)	ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน		วันจำหน่ายกลับบ้าน		วันนัดติดตามผล 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 20	1	5.00	1	5.0	1	5.00
21 - 40	6	30.00	4	20.00	3	15.00
41 - 60	7	35.00	3	15.00	4	20.00
61 - 80	5	25.00	7	35.00	1	5.00
มากกว่า 80	1	5.00	5	25.00	11	55.00
ค่าเฉลี่ย	51.15 ± 17.48		62.4 ± 24.54		70.40 ± 28.02	

ขั้นตอนที่ 6 ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โดยปรับแบบบันทึกการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่า

เติมให้เหมาะสมและสะดวกในการใช้พร้อมทั้งสรุปแนวปฏิบัติเป็นผังขั้นตอนนำสู่การใช้งานจริง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผังแสดงขั้นตอนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และผลการนำไปใช้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ในการศึกษาแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NHMRC (2011) เป็นแนวคิดการพัฒนาที่มีมาตรฐาน มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนตั้งแต่ค้นหาปัญหากับพยาบาลกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ทำให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดขอบเขตของปัญหาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาหาส่วนขาดวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมเป็นที่ยอมรับของทีมผู้ดูแล ทำให้การพยาบาลที่ผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นำไปสู่การปฏิบัติจริงและเกิดผลลัพธ์ด้านกระบวนการ จากผลการประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้มากที่สุด ($\bar{X}=4.83$, $S.D.=0.35$) และมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=4.45$, $S.D.=0.54$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิลาวัลย์ นาคปลัด (2562) ที่ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NHMRC (2011) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งสามารถใช้ได้จริงและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี

นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ โดยจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบ Active learning เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Knowles, 1980) เน้นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าเนื้อหา ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถ

เชื่อมโยงความรู้หรือสร้างความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมให้เกิดขึ้นในตนเอง ด้วยการลงมือปฏิบัติจริงผ่านสื่อการสอน ได้แก่ Power point และคลิปเป็นสื่อวีดิทัศน์ ดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีทีมผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำกระตุ้น อำนวยความสะดวกและให้พยาบาลได้แสดงความคิดเห็นตามความเข้าใจและประสบการณ์ตรงของตนเอง กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวทำให้พยาบาลกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ดังจะเห็นได้จากการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ จำนวน 30 ข้อ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=27.77$, $S.D.=1.48$)

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จากการที่ผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติฯ มาปรับใช้ในการทำงานพบว่าแนวปฏิบัติฯ ผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสภาพข้อเข่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้ตามเป้าหมายจนสามารถงอข้อเข่าได้เพิ่มขึ้นและเดินได้ระยะทางไกลขึ้น ตามผลที่ได้จากการประเมินที่พบว่าก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายงอเข้าน้อยกว่า 90 องศา ในวันจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยร้อยละ 45 สามารถงอเข่าได้มากกว่า 90 องศา และวันติดตามผล 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้ป่วยร้อยละ 65 สามารถงอเข่าได้มากกว่า 90 องศา ส่วนการประเมินความสามารถการเดินในทางราบภายในระยะเวลา 6 นาที ก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 เดินได้ระยะทางน้อยกว่า 60 เมตร วันจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 60 สามารถเดินได้ระยะทางมากกว่า 60 เมตร และวันติดตามผล 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย สามารถเดินได้ระยะทางมากกว่า 80 เมตร ประมาณร้อยละ 55 ทั้งนี้เนื่องมาจากแนวปฏิบัติฯ มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยตั้งแต่อ่อนผ่าตัด เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการบริหาร

กล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา ร่วมกับญาติ มีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และสอนสาธิตในการบริหาร นอกจากนี้มีการแจกแผ่นพับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดซึ่งมีคิวอาร์โค้ดแสดงคลิปวิดีโอเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติใช้ทบทวนเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมก่อนมาผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของวิลาวลัย นาคปลัด (2562) ที่ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งความสามารถในการงอเข่า และสามารถความสามารถเดินในทางราบภายในระยะเวลา 6 นาที และสอดคล้องกับการศึกษาของ Avelloni, et.al (2015) ที่พบว่า มุมงอเข่าที่ 65 องศาเป็นมุมที่เหมาะสมแก่การเดิน มุมงอเข่าที่ 90 องศาเป็นมุมที่เหมาะสมแก่การขึ้นบันได มุมงอเข่าที่ 100 องศาเป็นมุมที่เหมาะสมแก่การลงบันได และมุมงอเข่าที่ 105 องศาเป็นมุมที่เหมาะสมแก่การลุกนั่งจากเก้าอี้เตี้ย ดังนั้นความสามารถในการงอเข่าและความสามารถในการเดินในระยะเวลา 6 นาที สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมได้อย่างครอบคลุม

จากผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสภาพข้อเข่าที่ดีขึ้นดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติที่ผ่านการพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด พยาบาลผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมาย ดังนั้นเพื่อให้การใช้แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพแบบยั่งยืน ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แนวปฏิบัติ มีการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเป็นการให้

ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติในเรื่องของโรค ประโยชน์ของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การประเมินและจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด รวมถึงได้รับการสอนออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่าและต้นขาจากนักกายภาพบำบัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษาให้ดียิ่งขึ้น พร้อมทั้งการมีแผ่นพับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาที่มีภาพประกอบ และวิดีโอที่สามารถดูภาพเคลื่อนไหวได้ผ่านทางคิวอาร์โค้ด (QR code) เพื่อทบทวนซ้ำ ผู้ป่วยและญาติสามารถฝึกฝนได้ตลอดเวลาทั้งที่อยู๋โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน แตกต่างจากรูปแบบเดิมที่มีเพียงการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนทั่วไปโดยคำบอกกล่าวของพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งการให้ความรู้ในรูปแบบตามแนวทางนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และจดจำได้ง่าย ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด มีความมั่นใจในการบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่าและต้นขามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของอินทรา ไพนุพงศ์, วิภา แซ่เซี้ย และเนตรนภา คู่พันธ์วี (2558) ที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยโปรแกรมการจัดการความปวดสร้างตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วยการประคบเย็นที่เข่าทุก 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเป็นเวลา 48 ชั่วโมง หลังจากนั้นประคบเย็นทุก 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ออีกจนครบ 72 ชั่วโมงจนกระทั่งกลับบ้านและประคบเย็นทุก 4 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย

ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง และวันกลับบ้านต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

นอกจากการให้ความรู้แล้วนั้น แนวปฏิบัติยังเน้นการออกกำลังกายเพื่อการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นการบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อรอบเข่าอย่างต่อเนื่อง เริ่มสอนและฝึกให้ทำโดยนักกายภาพบำบัดตั้งแต่วัยก่อนผ่าตัดในวันนัดผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน อย่างสม่ำเสมอเนื่องทุกวัน โดยระยะก่อนผ่าตัดในวันนอนโรงพยาบาล พยาบาลในหอผู้ป่วยจะช่วยทบทวนท่านในการบริหาร ซึ่งการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อจะส่งผลให้กล้ามเนื้อสามารถรับออกซิเจนได้มากขึ้น เป็นการเพิ่มความแข็งแรงทนทาน และเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อรวมถึงข้อต่างๆ ช่วยให้มีการเคลื่อนไหวได้ดีสอดคล้องกับการศึกษาของมนทกานต์ ยอดราช และทัศนาศูวรรณะปรกรณ์ (2556) ในโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.764$, $p < .01$)

ดังนั้น แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ซึ่งแนวปฏิบัตินี้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อมทั้ง 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) ก่อนผ่าตัด วันนัดผ่าตัด เน้นซักประวัติ ประเมินโรคร่วม

ให้ความรู้ คำแนะนำการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า และต้นขา ร่วมกับญาติ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ วันนอนโรงพยาบาล เน้นประเมินและเตรียมความพร้อมร่างกายและจิตใจ การจ้องเลือด ผล LAB, X-ray การดื่มน้ำและอาหาร การเข็นยีนยอมผ่าตัด การฝึกบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา 2) หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก เน้นประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การให้สารน้ำ ตรวจสอบสายระบายเลือด ประเมินและจัดการความปวดด้วยยา การประคบเย็น วันที่ 1-2 เน้นประเมินและจัดการความปวดด้วยยา การประคบเย็นและเครื่องมือกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา วันที่ 3-4 เน้นประเมินและจัดการความปวดด้วยการประคบเย็น เครื่องมือกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขา การลุกนั่งบนเตียง บนเก้าอี้ 3) ก่อนและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เน้นให้คำแนะนำป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและต้นขาอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ติดตามผลหลังผ่าตัดทางไลน์

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรกำหนดเป็นนโยบายในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในระดับองค์กรพยาบาล

1.2 ควรนำผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นข้อมูลในการพัฒนาร่วมกับทีมนักโภชนาการและทีมอายุรแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
- 2.1 ศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข้าเทียมของโรงพยาบาลดำเนินสะดวกที่หลากหลาย เช่น ความปวดในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน
- 2.2 ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว เพื่อนำมาปรับปรุงและนำไปใช้ให้เกิดความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กิตติยา วงษ์จันทร์. (2560). รูปแบบการวิจัยเชิงนวัตกรรม (R&D, D&D, AR, R2R) โครงการฝึกอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่” (ลูกไก่) รุ่นที่ 5. สืบค้นจาก: https://www.ubu.ac.th/web/file_up/08f2017060214303228.pdf
- กิริติ เจริญชลพานิช. (2559). ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม ใน กิริติ เจริญชลพานิช (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์บูรณะสภาพข้อเข้าเสื่อม* (320-333). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พีแอลพีจี.
- จิตณรงค์ เอี่ยมสำอางค์. (2558). *Active Learning แนวทางการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนในยุคศตวรรษที่ 21*. สืบค้นจาก: <http://chitnaronactivelearning.blogspot.com>
- จิตรลดา พงศ์ธรรณิก และ แก้วใจ ทัดจันทร์. (2564). ปัจจัยทำนายการฟื้นฟูสภาพและประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข้าเทียม. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 27(1), 54-68.
- ณัชชา ตระการจันทร์, และพัศจีพร ยศพิทักษ์. (2563). การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34). 271-284.
- ปาริชาติ กางร่มกาง. (2557). ประสิทธิภาพของการใช้ชุดการดูแลในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมของผู้ป่วย 10 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เพ็ญศิริ ดวงขุนมาตย์, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, และกิริติ เจริญชลพานิช. (2557). พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม. *วารสารสุขศึกษา*, 37(126), 49-65.
- มนทกานต์ ยอดราช, และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 63-75.
- ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, และราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข้าเสื่อม*. สืบค้นจาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/160610146554495425.Pdf.
- รัศมี เกตุธานี, วันเพ็ญ วรามิตร, อนุชา ไทยวงษ์, และกัญญาพัชร เบ้าทอง. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการงอข้อเข้าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(1), 133-43.
- โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. (2563). *สถิติผ่าตัด ห้องผ่าตัด*. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี.

- เลิศศิลป์ โยธมพงษ์. (2560). งานพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม “ไอแอม” เพิ่มองศาข้อเข่าหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารการพยาบาล*, 19(2), 45-51.
- วารินทร์พร พันเพ็ญ. (2562). การจัดการเรียนรู้ Active Learning ให้สำเร็จ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 9(1), 135-145.
- วิลาวัลย์ นาคปลัด. (2562). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วัชร วรากุลนุเคราะห์, สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง, วิลาวัลย์ อาชวกุลเทพ และลักษรา บุญประคอง. (2554). ประสิทธิภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *Journal of Nursing Science*, 29(3), 74-82.
- สรารุณ สีสาน, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ธวัชชัย อัครวิพุธ, และสุวิมล แคล่วคล่อง. (2557). ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(2), 21-35.
- สุขเกษม วัชรชัยสกุล, สุภกิจ รูปจันทร์ และรัตน บริสุทธิกุล. (2561). การออกแบบและพัฒนาข้อเข่าเทียมเชิงพาณิชย์เพื่อคนไทย (รายงานผลการวิจัย). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). สถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สืบค้นจาก www.nhso.go.th.
- อรุณ จิรวัดนกุล. (2557). *สถิติในการวิจัย เลือกละเอียดอย่างไรให้เหมาะสม*. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์.
- อินทิรา ไพนุงศ์, วิภา แซ่เซี่ยง และเนตรนภา คู่พันธ์วี. (2558). โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(1), 99-110.
- Aasvang, E. K., Luna, I. E., & Kehlet, H. (2015). Challenges in postdischarge function and recovery: the case of fast-track hip and knee arthroplasty. *British Journal of Anaesthesia*, 115(6), 861-866.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2015). *Surgical management of Osteoarthritis of the knee: Evident - based clinical practice guideline*. Rosemont: Chicago. Retrieved from www.orthoguidelines.org
- Arnold, J. B., Walters, J. L., & Ferrar, K. E. (2016). Does Physical Activity Increase After Total Hip or Knee Arthroplasty for Osteoarthritis? A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther*, 46(6), 431-442.
- Baloch, N., Zubairi, A. J., Rashid, R. H., Hashmi, P. M., & Lakdawala, R. H. (2015). Effect of continuous passive motion on knee flexion range of motion after total knee arthroplasty. *J Pak Med Assoc*, 65(11 Suppl 3), 32-34.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

- Cram, P., Lu, X., Kates, S., L., Singh, J., A., Li, Y., & Wolf, B.R. (2012). Total knee arthroplasty Volume, utilization, and outcomes among medicare beneficiaries, 1991-2010. *American Medical Association*, 308(12), 1227-1236.
- Felder, R. M., & Brent, R. (2009). Active Learning: An Introduction. *ASQ Higher Education Brief*, 2, 4-9.
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. (2008). *Reviewers' manual*. Retrieved from <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From andragogy to pedagogy*. New York: Follett.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). (2011). *Procedures and Requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines*. Retrieved from <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp133-and-cp133a>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Petterson, S. C., Mizner, R. L., Stevens, J. E., Raisis, L., Bodenstein, A., Newcomb, W., & Mackler, L. S. (2009). Improved function from progressive strengthening interventions after total knee arthroplasty: A randomized clinical trial with an imbedded prospective cohort. *American College of Rheumatology*, 61(2), 174-183.
- Qi, A., Lin, C., Zhou, A., Du, J., Jia, X., Sun, L., et al. (2015). Negative emotion affect Postoperative scores for evaluating Knee recovery and quality of life after total knee replacement. *Braz J Med Bio Res*, 49(1), 3-6.
- Rodríguez-Merchán, E. C. (2019). Total knee arthroplasty using hinge joints: Indications and Results. *EFORT open reviews*, 4(4), 121-132.
- Sofia de, A, Michael, A.K., Benjamin, A., Gleen, L., Sherwin, S., David, E., Hong, Z., Maria, E. S. (2015). Patient expectation about total knee arthroplasty outcome. *Health Expectations*, 19, 299-308.
- Soffin, E. M., & Yadeau. J. T. (2016). Enhanced recovery Surgery of primary hip and knee arthroplasty. *British Journal of Anesthesia*, 117(53), 62-72.
- The Joanna Briggs Institute. (2016). The Joanna Briggs Institute EBP Database Guide. Retrieved from <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

การสร้างความตระหนักและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลด ละ เลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ทิพวัลย์ ชีร์สิริโรจน์*

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตของคนในปัจจุบันทั่วโลกคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคกลุ่มนี้เกิดได้จากการใช้ชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตแย่ลง มีความพิการหรือแม้แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้

การสูบบุหรี่เป็นภัยคุกคามอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพคนทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ และทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น การให้ความรู้และเพิ่มทักษะการส่งเสริมภาวะสุขภาพช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เลิกบุหรี่ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชน เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการควบคุมยาสูบและเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย

บทความนี้กล่าวถึงความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : ลด ละ เลิกบุหรี่, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Raising Awareness and Promoting Behavior Change to Reduce and Stop Smoking in Patients with Chronic Non-Communicable Diseases

Tippawan Teerasirroj*

Abstract

The World Health Organization reports that diseases caused by people spending lives in the world today are chronic non-communicable diseases. These diseases are caused by inappropriate daily living such as smoking, resulting in a deterioration in quality of life, disability or even a cause of death.

Smoking is a global health threat, specifically, in people with chronic diseases, including chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, hypertension, Stroke, and coronary heart disease and causing this group of patients to have more severe symptoms. Educating and enhancing health promotion skills to help patients with chronic diseases to quit smoking to reduce the severity of the disease and to raise awareness of the danger of cigarettes for non-communicable diseases patients and the public is an important role of nurses in tobacco control and is also an important component of NCD care. Smoking increases the severity of the disease among non-communicable diseases. Smoking increases the severity of the disease among non-communicable diseases.

This article discusses the knowledge about the dangers of smoking to raise awareness of behavioral modifications for smoking cessation in patients with chronic non-communicable diseases. This is to promote the quality of life of this group of patients.

Keywords: Behavior change, quit smoking, Chronic non-communicable diseases Patients

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease, NCDs) สามารถป้องกันได้ เพราะสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ จากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 17.9, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ ซึ่งหากสามารถลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงนี้ได้ ก็เป็นการลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นกลุ่มโรค NCDs ได้ร้อยละ 80 ลดโอกาสในการเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 40 โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 80 หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงสูบบุหรี่ก็จะทำให้ร่างกายได้รับสารพิษจากบุหรี่มากขึ้นและจะเพิ่มความรุนแรงของโรคมมากขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจทำให้เสียชีวิตในที่สุด เพราะการสูบบุหรี่ทำให้มีคนเสียชีวิต 6 ล้านคน และทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า 500,000 ล้านเหรียญ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่า การสูบบุหรี่อาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตกว่าพันล้านคนในศตวรรษที่ 21 (World Health Organization, 2013) ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเป็นวิธีลดภาวะแทรกซ้อนและลดการเสียชีวิตที่ต้นเหตุและมีความยั่งยืนที่สุด

ปัญหาและความสำคัญ

จากการที่ประชาชนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไปโดยมีการประมาณการ

ว่าในระหว่าง พ.ศ. 2554 ถึง 2573 นั้นต้นทุนของกลุ่มโรค NCDs ต่อสังคมโลกจะมีมูลค่าถึง 46.7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นประมาณ 1,401 ล้านล้านบาท แสดงให้เห็นถึงการสูญเสียผลิตภาพอย่างใหญ่หลวงของสังคมโดยรวม ยังไม่รวมถึงความสูญเสียทางสังคมจากการขาดงานและปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่จากผู้ป่วย NCDs และผู้ดูแล สำหรับประเทศไทยนั้นการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs ใน 4 กลุ่มโรคหลักได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคทางหายใจเรื้อรัง พบว่ามีมูลค่าทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาทใน พ.ศ. 2552 (สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ตระหนักว่ากลุ่มโรค NCDs นั้น ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ สืบเนื่องจากสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึงร้อยละ 71 ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs (World Health Organization, 2021) และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) พบว่าอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 343.06 ต่อประชากรแสนรายใน พ.ศ. 2552 เป็น 355.30 ต่อประชากรแสนรายใน พ.ศ. 2556 และใน พ.ศ. 2559 ที่มีการรายงานล่าสุดพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 427.40 ต่อประชากรแสนราย จากสถิติการเสียชีวิตดังกล่าวยังแสดงว่า ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลกและมีแนวโน้มจะสูงขึ้น

เรื่อยๆ ในอนาคต ซึ่งโรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วน (Obesity) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) ผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs เหล่านี้มีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ จากการวิจัยเรื่องผู้ป่วยด้วย NCDs มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ไม่น้อย แค่นั้น: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ของอมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ (2560) พบว่า ผู้ป่วย NCDs ใน 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน มะเร็ง และทางเดินหายใจเรื้อรัง ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ร้อยละ 10.7 ซึ่งนอกจากผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาโรคแล้วควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อช่วยในการรักษาและป้องกันปัญหาและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่จะตามมาด้วย (อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ, 2560) เพราะหากผู้ป่วยเหล่านี้ยังสูบบุหรี่อยู่ จะทำให้การดำเนินชีวิตกับโรคที่เป็นอยู่มีความยากต่อการรักษา จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากบุหรี่ และโรครุนแรงขึ้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้นการสร้างความตระหนักถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ โดยเฉพาะจากสารพิษในบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชนจึงมีความจำเป็น โดยพยาบาลมีบทบาทให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ และสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จะนำมาซึ่งการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

สารพิษในบุหรี่

ควันบุหรี่ที่เกิดขึ้นจากการเผาไหม้บุหรืมีสารประกอบทางเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด ในจำนวนนี้เป็นสารพิษและสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 72 ชนิด (ประกิต วาทีสาธกิจ, 2554) ตัวผู้สูบบุหรี่จะได้รับควันบุหรี่ทั้ง 2 ชนิด คือ ชนิดที่ 1 ควันบุหรี่หลัก (Mainstream smoke) ซึ่งเป็นควันบุหรี่ที่มาจากการพ่นออกจากปากและจากการหายใจเอาควันบุหรี่ออกทางจมูก และชนิดที่ 2 ควันบุหรี่ข้างเคียง (Side stream smoke) ซึ่งเป็นควันบุหรี่ที่ออกมาจากปลายมวนบุหรี่ที่ถูกจุด (Öberg, Jaakkola, Prüss-Ustün, Schweizer, & Woodward, 2010 อ้างในเสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, นฤมล เปรมาสวัสดิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, 2564) ในบุหรี่ 1 มวน ซึ่งในบุหรืมีสารพิษที่มีผลต่อร่างกายดังนี้ สารนิโคตินที่เป็นสารเสพติดอย่างแรง 0.1-2.8 มิลลิกรัม คิดเป็นร้อยละ 85-95 ของสารแอลคาลอยด์ทั้งหมดที่อยู่ในใบยาสูบ โดยการสูบบุหรี่ 1-2 มวน เท่ากับการสูดเอาควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายประมาณ 10 ครั้ง และหากสูบบุหรี่มากกว่า 20-30 มวน นั่นคือการสูดเอาควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายมากถึง 300 ครั้ง (กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2552 อ้างในเสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, นฤมล เปรมาสวัสดิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, 2564) นอกจากนี้โคตินมีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งสารเอพิเนฟริน ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจต้องออกแรงบีบตัวเพิ่มขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ใน ควันบุหรี่จะจับกับฮีโมโกลบินได้ดีกว่าออกซิเจน เม็ดเลือดแดงนำพาออกซิเจนไปให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายได้น้อย เนื้อเยื่อในร่างกายจึงได้รับออกซิเจนลดลง

(เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, นฤมล เปรมาสวัสดิ์ และ กาญจนา ปัญญาธร, 2564)

ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทุกปีทั่วโลกพบ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases [NCDs]) ประมาณ 36 ล้านคน (สำนักสารนิเทศกระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับประเทศไทย พบว่าภาระจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งที่มีการ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย มาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพและพฤติกรรม เสี่ยงของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) การสูบบุหรี่ในผู้ป่วย กลุ่มนี้จึงมีความสำคัญเพราะส่งผลกระทบจน กลายเป็นโรคหรือภาวะแทรกซ้อนได้

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มอาการทางเมแทบอลิซึม ที่มีลักษณะสำคัญ คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การตอบสนองต่ออินซูลินในเนื้อเยื่อเป้าหมายลดลง (Resistance to insulin actions in peripheral tissues) หรือภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) และ 2) การหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนไม่เพียงพอ หรือภาวะพร่องอินซูลิน (ADA, 2014) องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเมื่อตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ หรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลใน

เลือดสูงขึ้นเป็นผลทั่วไปของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ และเมื่อเวลาผ่านไปจะนำไปสู่ ความเสียหายร้ายแรงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเส้นประสาทและหลอดเลือด (WHO, 2020b) จากสถานการณ์พบว่า คนไทยเสียชีวิตจาก โรคเบาหวานมากถึง 200 รายต่อวัน นอกจากนี้ยัง พบว่า 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็น โรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563)

จากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูบบุหรี่ร้อยละ 17.9 ซึ่งโรคนี้ไม่ควรสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้ หลอดเลือดแข็งตัว ระบบไหลเวียนเลือดไม่ดีจน เลือดไปเลี้ยงร่างกายส่วนล่างไม่เพียงพอทำให้มี โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนสูงขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้เกิด โรคแทรกซ้อนเร็วขึ้นโดยเฉพาะการขาดเลือด ทำให้ ผู้ป่วยถูกตัดเท้าหรือขา และพบว่าส่วนมากผู้ป่วยไม่ ทราบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้ (อารยา หาอุปละ และน้ำเพชร สายบัวทอง, 2561) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมี ความสำคัญ เพื่อผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ โดยหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรม ควบคุมโรค, 2559)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular diseases)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติ ของหลอดเลือดบริเวณสมอง ทำให้เกิดภาวะขาด เลือดของสมองจนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือ การเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต หรือทำให้เกิดความ ผิดปกติต่อสมอง (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2558) หาก ผู้ป่วยสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น เพราะ

การสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มและการหลั่งของ Catecholamine และปริมาณ Carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดในผู้ที่สูบบุหรี่ยังมีผลเสียต่อการทำลาย Endothelial cell ทำให้เส้นเลือดสมองตีบตันง่ายขึ้น (อิทธิพงษ์ ศรีธรรมวรรณกุล และพิชามญช์คำแพรวดี, 2557) จากสถานการณ์พบว่า ทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และ 2/3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และใน พ.ศ.2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2563) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใน พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนรวม 78,254 ราย อัตราป่วย (Incidence rate) 160.28 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชาย 1:1.3 กลุ่มอายุที่ป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 50.31 กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 26.46 กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 15.89 กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 5.61 กลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 1.35 และกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 0.38 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular diseases)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) เป็นภาวะฉุกเฉินของหัวใจขาดเลือด ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทุกสาเหตุ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) เมื่อจำแนกตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Segment elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 67 และ Non ST-Segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 20 (วิวรรณ ทังสุบุตร

และคณะ, 2550) หากผู้ป่วยสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น เนื่องจากในบุหรี่ยังมีทาร์ (Tar) เป็นคราบน้ำมันชั้นเหนียว สะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในของหัวใจดำหนานั้นจะหนาตัวขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน และคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่ไม่มีสีไม่มีกลิ่นเกิดจากการเผาไหม้ของไบโอสูปอย่างไม่สมบูรณ์ซึ่งก๊าซนี้มีคุณสมบัติในการจับตัวกับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ในเม็ดเลือดแดง (Red blood cell) ทำให้เลือดข้นและหนืดมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำงานมากขึ้น (สุภาณี เสนาดิสัย และสุรินทร์ กลัมพการ, 2555)

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานภารกิจร่วมขององค์การอนามัยโลกและประเทศจีนแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจและหลอดเลือด หรือระบบทางเดินหายใจอื่นๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงสูงและมีอาการรุนแรงหากติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ SARS-CoV-2 ที่เป็นสาเหตุของโรค COVID-19 (โรงพยาบาลสมิติเวช, 2563)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic obstructive pulmonary disease) เป็นหนึ่งในโรคเรื้อรัง โดยทั่วไปรวมโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ และไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ สาเหตุหลักมาจากควันบุหรี่และมลพิษ ส่งผลให้มีการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องของหลอดลมและเนื้อปอด (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553)

โรคถุงลมโป่งพองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศ มีสาเหตุสำคัญมาจากการ

ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่างๆ หรือการสูบบุหรี่ซึ่งมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.6 พันล้านคน และอัตราการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคน (สำนักงานนิเทศ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยสารไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ จะทำลายเนื้อเยื่อในปอด และในถุงลมให้ฉีกขาด ทีละน้อยๆ และรวมตัวกลายเป็นถุงลม ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดโรค ถุงลมโป่งพอง มีผลทำให้พื้นที่ผิวเนื้อเยื่อภายในปอด ซึ่งเป็นที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมีขนาดเล็กลง จึงต้องหายใจเร็วขึ้น เพื่อให้ได้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ โรคถุงลมโป่งพองนี้ในระยะท้ายๆ ของโรค จะทำให้ผู้ป่วยทรมาณมาก เนื่องจากเหนื่อย จนทำอะไรไม่ได้ ต้องนอนอยู่กับที่ และอาจต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลา จากรายงานการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อาการอยู่ในระยะสุดท้าย จะเสียชีวิตภายใน 10 ปี โดยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลา จนกว่าจะเสียชีวิต (มูลนิธิโครงการสาธารณสุขไทยสำหรับเยาวชน, 2563)

ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการเสพติดซึ่งก่อให้เกิดภาวะรุนแรงขึ้นหรืออาการกำเริบขึ้น (คอลิด ครุพันธ์, จารุวรรณ มานะสุรการ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559) เนื่องจากสารทาร์มาจับกับบริเวณปอดส่งผลการคายเคืองในปอดทำให้ไอเรื้อรังและมีเสมหะ (ทัศนา บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต และสุรินทร์ กลัมพากร, 2551)

โรคมะเร็ง (Cancer)

โรคมะเร็ง คือ โรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตโดยไม่อยู่ภายใต้การ

ควบคุมที่เหมาะสม (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก เป็นสาเหตุการตายประมาณ 13% ของคนตาย ทั้งหมด ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี 2537 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ในทุกๆ ปี และองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2563 ทั่วโลก จะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง (ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากมะเร็งปอดได้ถึงร้อยละ 87 นอกจากนี้ยังสามารถทำให้เกิดมะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็ง คอหอย มะเร็งหลอดอาหาร (สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2564ก)

มะเร็งปอด (Lung Cancer)

มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย อุบัติการณ์ของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นมะเร็งปอดในปี 1999 ในประเทศสหรัฐอเมริกา คาดว่าจะมีประมาณ 171,600 ราย โดยเป็นเพศชาย 94,000 ราย และเพศหญิง 77,600 ราย มะเร็งปอดจัดเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2564ข) ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่มาจากการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (สาธิต อินตะ, 2560)

โรคมะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal cancer)

โรคมะเร็งกล่องเสียง สามารถเกิดได้กับเนื้อเยื่อกล่องเสียงในทุกตำแหน่ง โดยในคนไทยพบเกิดโรคมะเร็งกับเนื้อเยื่อตำแหน่งเหนือสายเสียงมากที่สุด รองลงไป คือ ในเนื้อเยื่อตำแหน่งสายเสียง และใน

เนื้อเยื่อตำแหน่งอยู่ใต้ต่อสายเสียง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ การสูบบุหรี่ (โรงพยาบาลมะเร็งปอดในสังกัดมหาวิทยาลัยจันทรเกษม, 2564)

มะเร็งกล่องเสียง พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 10 เท่า และพบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีประวัติสูบบุหรี่จำนวนมากมานาน โดยเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 50-70 ปี (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

เป็นโรคที่สำคัญมาก โดยจะตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิต ได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยโดยปัจจุบันสำรวจพบว่าคนไทยประมาณร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลรักษา ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากไม่มีอาการทำให้คนส่วนใหญ่ ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพาต อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้อย่างชัดเจน เป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่

ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563)

สภาวะของระดับความดันโลหิต ที่สูงกว่าระดับปกติ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ที่มีความดันเลือดปกติ จะวัดค่าความดัน ได้ 120/80 มิลลิเมตรปรอท แต่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จะวัดค่าความดันได้ ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป และถือว่าเป็นสภาวะที่ต้องได้รับการควบคุม ตั้งแต่นั้นๆ เนื่องจากอาจนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนและโรคต่างๆ มากมาย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดในสมอง โรคไตเสื่อม เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2563)

สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) และนอกจากนี้รายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3) เป็นร้อยละ 24.7 (ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิงร้อยละ 23.9) (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563)

การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดความผิดปกติระบบการไหลเวียนเลือดและทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เลือดมีความหนืดและเข้มข้นมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากสารพิษต่างๆ ในควันบุหรี่ (จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ, 2560) ถ้าเป็นความดันโลหิตสูงและสูบบุหรี่ผลเสียที่จะเกิดจากสารพิษต่างๆ ในควันบุหรี่จะทำให้ไขมันในเลือด

โรคอ้วน (Obesity)

คนที่มีภาวะอ้วน คือผู้ที่มีไขมันที่ไม่ดีต่อสุขภาพในอัตราส่วนที่สูงในร่างกาย วิธีการวัดภาวะโรคอ้วนโดยมากจะคำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง ที่เรียกว่า "ดัชนีมวลกาย (Body mass Index :BMI)" ค่า BMI คือ อัตราส่วนระหว่าง

นิโคติน (LDL) เพิ่มขึ้น ไขมันในเลือดชนิดดี (HDL) ลดลง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ 1.50 เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า หากมีไขมันในเลือดสูง รวมทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.28 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สูบบุหรี่ (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร, 2552)

น้ำหนัก (กิโลกรัม)

ส่วนสูง (เซนติเมตร)²

นอกจากนี้ค่า BMI ยังแสดงถึงภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินได้แม่นยำกว่าการประเมินจากน้ำหนัก อย่างเดียว แนวทางการประเมินค่า BMI ในผู้ที่มีอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 20 ปี มีดังนี้

ค่า BMI	การแปลผล
<18.5	ผอม (Underweight)
18.5-22.9	สมส่วน (Healthy)
23.0-24.9	น้ำหนักเกิน (Overweight) (อ้วนระดับ 1)
25.0-29.9	โรคอ้วน (อ้วนระดับ 2)
>30.0	โรคอ้วนอันตราย (อ้วนระดับ 3)

ที่มา: กลุ่มพัฒนานโยบายสาธารณะ และสื่อสารความเสี่ยง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564)

การสำรวจสุขภาพประชากรไทยปี 2551-2552 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า สังคมไทยกำลังเผชิญกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกพื้นที่ เด็กอายุ 2-5 ปี มีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 8.5 ในเด็กวัยเรียนพบร้อยละ 9.7 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปพบโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย, โครงการ

การพัฒนา) ร้อยละ 34.7 โดยอัตราโรคอ้วนพบสูงสุดในช่วงอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 42.4) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 38.4) และในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 35.6) (สุรัตน์ โคมินทร, รุ่งชัย ขวนไชยะกุล, สุรัสวดี สมนึก และคณะ, 2557)

ผลการวิจัยที่นำโดยทีมนักวิทยาศาสตร์จากมหาวิทยาลัย แอนท์เวิร์ป (Antwerp university) ในประเทศเบลเยียม ซึ่งก่อนหน้านี้เคยมีการวิจัยหลายอันที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และปัญหาที่เกิดกับการไถ่ยืนแต่ผลจากการศึกษาครั้งล่าสุดนี้นับว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและชัดเจนที่สุด โดยเป็นการศึกษาที่ทำขึ้นในคนทั้งผู้หญิงและผู้ชายจำนวน 4,000 คน ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 53 ถึง 67 ปี ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดถูกให้ทำแบบทดสอบการไถ่ยืนและให้ตอบคำถามเกี่ยวกับวิถีชีวิตของตัวเองรวมทั้งประวัติการทำงานในช่วงที่ผ่านมาด้วย ดร.อีริก ฟรานเซน หัวหน้าทีมนักวิจัยจากประเทศเบลเยียมนี้กล่าวว่า “การวิจัยนี้พบว่าความสามารถในการไถ่ยืนเสี่ยงความถี่สูงถูกทำลายไปอย่างเห็นได้ชัดในคนที่สูบบุหรี่และคนเป็นโรคอ้วน ถึงแม้ว่าจะไม่มากเท่ากับคนที่ต้องทำงานในที่ที่มีเสียงดังอยู่ตลอดเวลาก็ตาม การสูญเสียความสามารถในการไถ่ยืนมีความสัมพันธ์กันตามสัดส่วนกับปริมาณการสูบบุหรี่และความมาน้อยของโรคอ้วนที่วัดจากดัชนีมวลกาย และปัญหาเรื่องการไถ่ยืนนี้พบว่ายังมีความรุนแรงมากขึ้นตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่มาอีกด้วย” (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551)

การปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่หากสามารถเลิกบุหรี่ได้ร่างกายจะได้รับประโยชน์ อาทิ ภายใน 1-2 วัน ความดันโลหิตและชีพจรจะกลับเข้าสู่ระดับปกติ ภายใน 3 วัน รับประทานอาหารได้ร่อยขึ้นเนื่องจากตุ่มรับรสที่ลิ้นทำงานได้ดีขึ้น ภายใน 3

สัปดาห์ สามารถออกกำลังกายได้มากและนานขึ้น เพราะเลือดสามารถไหลเวียนไปสู่แขนและขาได้ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน การหายใจดีขึ้น ระบบการกำจัดสิ่งสกปรกของปอดทำงานได้เป็นปกติ ภายใน 5 ปี อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะลดลงเหลือเพียงครึ่งหนึ่ง เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เลิกสูบบุหรี่และภายใน 10-15 ปี การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และลดการเสียชีวิตอย่างกะทันหันลงอย่างมาก (Chouinard & Robichaud-Ekstrand, 2005) การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Wu & Sin, 2011) ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs ได้ (สุนิดา ปรีตาวงค์ และคณะ, 2558)

พยาบาลมีบทบาทที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ โดยเฉพาะพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยจากการศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่พบว่า บทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดบุหรี่ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยติดบุหรี่อย่างครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล 3) ผู้ประสานงานการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การติดต่อประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ 4) ผู้บริหารจัดการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การจัดทำแผนงานการบริหารข้อมูลและการมีส่วนร่วม

ในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ 5) ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ที่มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพ และ 6) ผู้พัฒนางานและนวัตกรรมทางการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การพัฒนาและนำเสนองานด้านวิชาการเกี่ยวกับคลินิกเลิกบุหรี่ (เนติกาญจน์ เปาโสภ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2562)

ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้นนั้น พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การช่วยเหลือขั้นต่อไป (ชนะวัฒน์ ร่มสุก, นิขมน หล้ารอด และบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์, 2564) จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้โปรแกรมการเลิกบุหรี่มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 2) การถามประวัติการเลิกบุหรี่ 3) แนะนำการเลิกบุหรี่ 4) การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และ 5) การติดตามผลการเลิกบุหรี่ และติดตามผลเป็นเวลา 8 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คอลิด ครุพันธ์, จารุวรรณ

มานะสุรการ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559) ทั้งนี้ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีการติดตามต่อเนื่อง 6 เดือน จนถึงขั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Maintenance) สามารถป้องกันการกลับมาเสพติดในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ (อรัลย์ เมฆเคลื่อนไหว, 2561)

การสร้างความตระหนักในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม ของทุกปี โดยใน พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกกำหนดคำขวัญว่า “COMMIT TO QUIT” สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดคำขวัญว่า “เลิกสูบ ลดเสี่ยง คุณทำได้” สสส. ได้ประสานพลังร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ขับเคลื่อนให้สังคมไทยปลอดควันบุหรี่ โดยสนับสนุนมาตรการควบคุมยาสูบในทุกระดับ ส่งเสริมมาตรการสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ ให้ความรู้สร้างความตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ (กรมสุขภาพจิต, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับคำขวัญใน พ.ศ. 2565 ที่ว่า “TOBACCO: THREAT TO OUR ENVIRONMENT” (World Health Organization, 2022)

ดังนั้นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงควรตระหนักถึงผลของการสูบบุหรี่อย่างมากเพื่อสุขภาพของตนเอง และยังจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอระดี นุชส่งสิน และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2558)

การช่วยเลิกสูบบุหรี่

การช่วยเลิกสูบบุหรี่จึงมีความเฉพาะเจาะจงในการเพิ่มความตระหนัก ความเสี่ยง และผลกระทบของบุหรี่ต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งมีหลักการช่วยเหลือโดยใช้หลักการ 5A, 5R, STAR และ 5D ในการช่วยเลิกบุหรี่ประกอบด้วย

1. หลักการ 5A เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ได้แก่ ถามว่าสูบบุหรี่หรือไม่ (Ask) แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) ประเมินการตินิโคติน/การติดบุหรี่ (Assess) ช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ได้ (Assist) และติดตามประเมินผลการเลิกบุหรี่เป็นระยะๆ (Arrange follow-up)

2. หลักการ 5R การสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ หาความเชื่อมโยงอันตรายจากบุหรี่ (Relevance) ความเสี่ยงของผู้สูบบุหรี่และผู้ใกล้ชิด (Risk) รางวัลเมื่อเลิกบุหรี่ได้ (Rewards) อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ (Roadblocks) และบอกซ้ำๆ ทุกครั้ง (Repetition)

3. การช่วยให้เลิกตามเทคนิค STAR ได้แก่ ตั้งเป้าหมายบอกเลิกบุหรี่ (Set a target quit date) บอกกล่าวทุกคนว่าจะเลิกบุหรี่ (Tell family and others) คาดการณ์ว่าจะเกิดความท้าทายอะไรบ้าง (Anticipate challenges) และทิ้งทุกอย่างที่เกี่ยวกับบุหรี่ (Remove all tobacco related products)

4 การปฏิบัติตัวขณะเลิกบุหรี่ เมื่ออยากสูบบุหรี่ โดยใช้หลักการ 5D ได้แก่ ถ่วงเวลาสูบบุหรี่ออกไป (Delay), สูดหายใจลึก (Deep Breath), ดื่มน้ำบ่อยๆ (Drink water), หางานอื่นทำ (Do something else) และกำหนดเป้าหมายวันเลิกบุหรี่ (Destination)

จากการวิจัยของคอลิด ครุพันธ์, จารุวรรณ มานะสุรการ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2559) พบว่า การใช้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากผู้ป่วยมีความตระหนัก มีความมุ่งมั่นและเชื่อว่าการเลิกบุหรี่ทำได้จริง พร้อมทั้งพยาบาลแนะนำเทคนิคการดูแลสุขภาพระหว่างการเลิกบุหรี่ จะทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ โดยการให้ความรู้เรื่องของพิษภัยของบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างความตระหนัก ประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ นำสู่ขั้นตอนการช่วยเลิกบุหรี่ และผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มพัฒนานโยบายสาธารณะ และสื่อสารความเสี่ยง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564).
รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://ddc.moh.go.th/uploads/publish/1064820201022081932.pdf>
- กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-isease>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2561. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ไทยแจ้ง!!! ผลิตยาเลิกบุหรี่สำเร็จเป็นครั้งแรกของไทย. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30812.html>.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2563 หนุนบทบาทพยาบาลร่วมสร้างพลังแห่งการเปลี่ยนแปลงโรคเบาหวาน. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=15591&deptcode=brc>
- คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). มะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal Cancer) รักษาหายได้ถ้ามาพบแพทย์แต่เนิ่นๆ (ตอนที่ 1). สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1152>
- คอลิด ครุพันธ์ จารุวรรณ มานะสุการ และเพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์. (2559). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมต่อสรณะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(1), 47-61.
- จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ. (2560). ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร. (2552). บุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และธณชัย คงสกนธ์ (บ.ก.), พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่ (น. 209-213). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.
- ทัศนากุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต และสุรินทร์ กลัมพากร. (2551). บุหรี่กับสุขภาพ บทบาทของพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่. เชียงราย: เชียงรายรุ่งโรจน์.

- เนติกาญจน์ เปาโสภา และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2562). การศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเล็กบุหรี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 316-323.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2554). *การสูบบุหรี่กับสุขภาพปากและฟันของคุณ*. [แผ่นพับ]. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). *สถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://srth.moph.go.th/nmsurat/index>
- มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. (2562). *ทำความเข้าใจกับโรคมะเร็งกันเถอะ*. กรุงเทพมหานคร: American Cancer Society และ Pfizer Foundation.
- มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. (2563). *ผลกระทบของการสูบบุหรี่*. สืบค้นจาก <http://saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail05.html>
- โรงพยาบาลสมิติเวช. (2563). *สูบบุหรี่ เสี่ยงติดโรค 'โควิด-19' หรือไม่*. สืบค้นจาก <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/>
- โรงพยาบาลมะเร็งพุทไธ ในสังกัดมหาวิทยาลัยจันทรเกษม. (2564). *มะเร็งกล่องเสียง*. สืบค้นจาก http://www.fudathailand.com/article-detail?menu_id=40000000&item=18
- ธนวัฒน์ ร่มสุก ณิชมน หล้ารอด และบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์. (2564). บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*, 70(1), 34-41.
- วิวรรณ ทั้งสุบุตร, ดำรัส ตรีสุโกศล, วศิน วัฒนา บุญสม, โสภณ สงวนวงศ์, และบุญชู ศรีชัยเวช. (2550). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อายุน้อย : ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแห่งประเทศไทย. *Journal Medical Association Thailand*, 90, 81-90.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2558). *รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นจาก www.interfettthailand.net/forecast/files/report_2014/report_2014_no20.pdf
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). *โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2563). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นจาก <https://thaistrokesociety.org/purpose>
- สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2564 ก). *การสูบบุหรี่กับโรคมะเร็ง*. สืบค้นจาก <https://www.chulacancer.net/faq-list-page.php?id=317>

- สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2564ข). มะเร็งปอด. สืบค้นจาก <https://www.chulacancer.net/education-inner.php?id=375>
- สาธิต อินตะ. (2560). ผลของรังสีโดยตรงและอ้อมจากการฉายรังสีภาพนำแบบเกลียวหมุนในเซลล์ปอดปกติและเซลล์มะเร็งปอดหลังการฉายรังสีแบบหลายๆ ครั้งที่เท่ากันเทียบกับฉายรังสีครั้งเดียว (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอระดี นุชส่งสิน และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2558). การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(3). 324-333.
- สุพาณี เสนาดิสัย และสุรินทร์ กลัมพากร. (2555). บุหรี่กับสุขภาพ. พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: เบญจผล.
- สุรัตน์ โคมินทร์, รุ่งชัย ชวนไชยะกุล, สุรัสวดี สมนึก, และคณะ. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาภาวะอ้วนลงพุงและภาวะแทรกซ้อนของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <http://164.115.27.97/digital/files/original/629cea98385eeaecb919ba6e8b85111c.pdf>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). วิจัยชี้สูบบุหรี่ อ้วน ทำเลืงทุหนวถว. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/6378.html>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). ความดันเลือดสูง ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/53479.html>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). กลุ่มโรค NCDs. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176.html>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). สูบบุหรี่เป็นของต้องห้าม คนเป็นโรคความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/50122.html>
- สำนักงานนิเทศ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). วันถุงลมโป่งพองแห่งโลก (World COPD Day). สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/03/149340/.html>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com>

- สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). รายงานสถานการณ์โรค NCDs : วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม. สืบค้นจาก <http://www.thaincdnet.ihppthaigov.net/2019/06/02>
- สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถ. เผยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากร เร่งพัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากรเพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่. สืบค้นจาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=89828
- เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, นฤมล เปรมาสวัสดิ์ และกาญจนา ปัญญาธร. (2564). บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกับการลดการสัมผัสควันบุหรี่. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 219-230.
- อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ. (2560). ผู้ป่วย ด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2558. *วารสารวิจัยสาธารณสุข*, 11(3), 345-354.
- อภิชาติ สุนทรธรรม. (2553). *Coronary artery disease*. เชียงใหม่: ทริค อินค์.
- อารยา หาอุปละ และน้ำเพชร สายบัวทอง. (2561). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ต่อเนื่องและเลิกสูบบุหรี่แล้ว. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(2), 69-77.
- อิทธิพงษ์ ศรีธรรณกุล และพิชามญช์ คำแพร่ดี. (2557). *ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี*. (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี : โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรวลย์ เมฆเคลื่อน. (2561). การศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดในคลินิกสุขภาพใจโรงพยาบาลศรีประจันต์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 1(1), 38-48.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37, S81-S90.doi:10.2337/dc14-S081.
- Chouinard, M. C., and Robichaud-Ekstrand, S. (2005).The effectiveness of a Nursing inpatient smoking cessation program in individuals with Cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54(4), 243-254.
- World Health Organization. (2013). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013 *Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Luxembourg: WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Tobacco*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/tobacco>
- World Health Organization. (2021). *Fact sheet: Diabetes*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

- World Health Organization. (2022a). *Protect the environment, World no tobacco day 2022 will give you one more reason to quit*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/13-12-2021-protect-the-environment-world-no-tobacco-day-2022-will-give-you-one-more-reason-to-quit>
- World Health Organization. (2021b). *Fact sheet: Noncommunicable disease*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Wu, J., and Sin, D.D. (2011). Improved patient outcome with smoking cessation: When is it too late? *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 6, 259–267.

การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีความเหนื่อยล้า

ณจิต วงศ์ชัย*, จุรีภรณ์ เจริญพงศ์*

บทคัดย่อ

ความเหนื่อยล้าเป็นประสบการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เช่น เกิดความบกพร่องในกิจวัตรประจำวัน เกิดความรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง เกิดภาวะซึมเศร้า สาเหตุของความเหนื่อยล้ามาจากพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะซีด การได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอจากภาวะยูรีเมีย การขาดการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย ร่วมกับกระบวนการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ทำให้สูญเสียโปรตีนออกจากร่างกาย ทำให้มวลกล้ามเนื้อของผู้ป่วยลดลง การพยาบาลเพื่อแก้ไขความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยทำได้โดยประเมินระดับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย รวมถึงค้นหาสาเหตุของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยแต่ละราย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลในการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การปฏิบัติการพยาบาลสามารถเป็นได้ทั้งบทบาทอิสระ บทบาทกึ่งอิสระ และบทบาทไม่อิสระ โดยมีเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเหนื่อยล้าอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความเหนื่อยล้า, ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง, การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Nursing Care of Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Having Fatigue

Nachit Wongchai*, Jureeporn Jaroenpong*

Abstract

Fatigue is a common experience in continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients that affects patients' physical and psychological health of patients such as impairment of activity of daily living, loss of self-esteem, and depression. Causes of fatigue in CAPD patients are pathology of end stage renal disease influencing acidosis, anemia, malnutrition from the uremia, lack of appropriate exercise or physical activity, along with the ongoing continuous ambulatory peritoneal dialysis process which make patient lose protein from the body. Nursing care for CAPD patients being fatigue includes assessment of the level and causes of fatigue for each patient and planning a nursing care based on data gathering to manage fatigue with patient and family participation. Nursing action can be independent, interdependent, and dependent, with the goal of patients receiving effective fatigue management.

Keywords: Fatigue, Continuous ambulatory peritoneal dialysis patient, Nursing care in continuous peritoneal dialysis patient

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตสูง จากการรวบรวมสถิติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-5 มีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในจำนวนนี้มีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายประมาณ 200,000 คน หรือร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วย (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) และเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดการสูญเสียหน้าที่ของไต ทำให้เกิดการคั่งของเสียและน้ำในร่างกาย กระบวนการทำงานต่อระบบต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้น 151,343 ราย หรือคิดเป็น 2,274 ต่อประชากรล้านราย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563)

การบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การปลูกถ่ายไต เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากไตใหม่จะทำงานได้ใกล้เคียงกับไตเดิม ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ข้อจำกัด คือ การขาดแคลนอวัยวะจากผู้บริจาค ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด และค่ายาทดแทนไต 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยต้องมารับบริการที่หน่วยบริการ และมีค่าใช้จ่ายที่สูง และ 3) การล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งปัจจุบันมีการกำหนดนโยบาย PD First Policy ที่สนับสนุนให้การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นการบำบัดทดแทนไตวิธีแรกในผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม โดยวิธีนี้ผู้ป่วย

สามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล และคงสภาพการทำงานของไตที่เหลืออยู่ได้ดี จึงเป็นทางเลือกแรกที่ดีที่สุดในการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) อย่างไรก็ตามการล้างไตทางช่องท้องจะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงต่อผู้ป่วย ได้แก่ ผิวกายรู้สึกเหนียวไม่มีแรง และคัน (ปวิวัติ คดีโลก, ชนกพร จิตปัญญา, และอารีวรรณ อ่วมตานี, 2561) โดยอาการเหนียวล้า ไม่มีแรง พบมากถึงร้อยละ 55-67 ซึ่งกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ossareh, Roozbeig, Krishnan, Bargman, and Orepoulos, 2003)

ความเหนียวล้าและผลกระทบของความเหนียวล้าต่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ความเหนียวล้า (Fatigue) เป็นการรับรู้ส่วนบุคคล หรือเป็นอาการแสดงที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ โดยเป็นอาการส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เริ่มตั้งแต่ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยไปจนถึงความอ่อนล้า และสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่สบายต่างๆ เช่น อ่อนแรง เหนียวล้า หดแรง ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทางกายซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่ความเครียด ความคับข้องใจ และนำไปสู่การถูกจำกัดความสามารถในการทำงานของบุคคล จึงเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดความเหนียวล้าจะส่งผลกระทบต่อชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผลกระทบด้านร่างกายพบว่า ความเหนียวล้าทำให้บุคคลเกิดความบกพร่องในการมีกิจกรรมทางกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ต้องดูแล

ตนเองในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต การดูแลแผลหน้าท้อง หากเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ทำให้กระบวนการล้างไตทางช่องท้องไม่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ผลกระทบทางด้านจิตใจตามมา โดยเมื่อผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าขึ้นและไม่สามารถทำการล้างไตทางช่องท้องได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแลการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นระยะเวลานานจะนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Artom, Moss-Morris, Caskey, and Chilcot, 2014) ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความล้มเหลวในการล้างไตทางช่องท้องตามมา

สาเหตุของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของกระบวนการทางสรีรวิทยา ได้แก่ พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กระบวนการล้างไตทางช่องท้อง ร่วมกับปรากฏการณ์ทางจิตสังคมของผู้ป่วย ดังนี้

1. การเสียการทำงานของไต ส่งผลให้มีของเสียและสารต่างๆ เช่น แอมโมเนีย ไฮโดรเจนไอออน คั่งค้างในร่างกาย จนนำไปสู่ภาวะเลือดเป็นกรด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า และเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ (Zemaitis, Foris, Katta, and Bashir, 2021)

2. ภาวะซีด เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่พบได้มากที่สุด (Ossareh et al., 2003) เป็นผลมาจากพยาธิสภาพของไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ทำให้ไตผลิตฮอร์โมนอีริโทรโพอิติน (Erythropoietin) ลดลง ส่งผลให้การผลิตเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยลดลง ร่างกายของผู้ป่วยจึงขาดตัวนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อ เมื่อขาดออกซิเจนจะทำให้เซลล์และเนื้อเยื่อมีการขาดพลังงาน ผู้ป่วยจึงเกิดอาการเหนื่อยล้า

3. กระบวนการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียโปรตีนออกจากร่างกาย 8-15 กรัมต่อวัน เพิ่มการสลายตัวของโปรตีน (Guest, 2013) ทำให้มวลกล้ามเนื้อของผู้ป่วยลดลง เกิดกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า

4. การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะยูรีเมีย จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และภาวะยูรีเมียจะทำให้แบคทีเรียในช่องปากของผู้ป่วยเปลี่ยนน้ำลายเป็นแอมโมเนีย เกิดการอักเสบของเยื่อช่องปากและเกิดแผลในปาก (กิตติ์รวี กฤษฎ์เมธธากาญ และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, 2559) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย และเกิดอาการเหนื่อยล้าได้

5. การขาดการออกกำลังกายหรือขาดการมีกิจกรรมทางกาย รวมถึงการจัดการพลังงานในการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยให้เลือดไหลเวียนไปยังกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น ทำให้การขับของเสียออกจากเลือดได้ดีขึ้น (ธัญญารักษ์ บุญไทย, นิตยา ภิญโญคำ และจิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, 2559) เมื่อขาดการ

ออกกำลังกายการขับของเสียจากเลือดจะลดลง จนเกิดการคั่งของของเสียและเกิดภาวะกรดในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าตามมา

6. ภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Lee, Lin, Chiang, and Hung, 2007; Artom et al., 2014) การที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับกระบวนการล้างไตที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อและการถูกจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดแรงและเกิดความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติกิจกรรมตามมา

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า หากพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยไม่วางแผนในการจัดการความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น อาจส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้นได้

การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีความเหนื่อยล้า

การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีความเหนื่อยล้ามีหลักสำคัญ คือ มุ่งเน้นที่การประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีจัดการกับความเหนื่อยล้า (Horigan, Rocchiccioli, and Trimm, 2012) โดยใช้กระบวนการพยาบาล มาเป็นหลัก ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อแก้ไข ปัญหาความเหนื่อยล้าที่ตรงกับบริบทของผู้ป่วย

เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Ryan & Sawin, 2009) โดยพยาบาลต้องปฏิบัติทั้งบทบาทอิสระ บทบาทกึ่งอิสระ และบทบาทไม่อิสระ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องประเมินให้ครอบคลุมถึงระดับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยและสาเหตุของความเหนื่อยล้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินระดับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ใช้บ่อย มีดังนี้ (Artom et al., 2014)

1. แบบสอบถาม SF-36 ในมิติด้านพลังงาน (Vitality) โดยค่าคะแนนที่น้อย หมายถึงผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้ามาก ซึ่งแบบประเมินนี้มีข้อจำกัดในการประเมินความเหนื่อยล้าที่มีสาเหตุมาจากปรากฏการณ์ทางจิตสังคมของผู้ป่วย

2. แบบประเมินความเหนื่อยล้า Fatigue severity scale (FSS) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจในชีวิตประจำวัน แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตรประมาณค่า (Likert scale) คะแนนระหว่าง 1-7 หากประเมินพบค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึงถึงผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า โดยแบบประเมินนี้พบว่ามีความตรงและความเที่ยงที่สูง

3. แบบประเมินความเหนื่อยล้าแบบประมาณค่าด้วยสายตา Visual analogue scale to evaluate fatigue severity (VAS-F) ลักษณะ

แบบประเมินจะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข โดย 0 หมายถึง ไม่มีความเหนื่อยล้า และ 10 หมายถึง มีความเหนื่อยล้ารุนแรงที่สุด โดยมีการศึกษาพบว่า การใช้แบบประเมินนี้จะประเมินระดับความเหนื่อยล้าได้ต่ำกว่าการใช้แบบประเมินชนิดอื่น แต่มีความเหมาะสมในการใช้ประเมินทางคลินิกมากที่สุด เนื่องจากสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว

4. แบบประเมินความเหนื่อยล้าหลายมิติ Multidimensional fatigue inventory (MFI-20) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งการประเมินความเหนื่อยล้าออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทั่วไป ความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย การลดลงของการทำกิจกรรม การลดลงของแรงจูงใจ และความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจ โดยค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้ามาก อย่างไรก็ตาม จากการนำแบบประเมินนี้มาทดลองใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความไม่เข้าใจในตัวข้อคำถามของแบบสอบถาม (Artom et al., 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดย ดวงรัตน์ มนต์ไธสง (2553) ได้นำแบบประเมินอาการอ่อนล้าของ Piper ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการย้อนกลับ (Back translator) มาทดลองใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่อง

ท้องอย่างต่อเนื่อง โดยแบบประเมินมีข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยอ่อนล้า ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยอ่อนล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา โดยการตอบคำถามจะให้ผู้ป่วยตอบเป็นตัวเลขบนเส้นตรงตั้งแต่ 0-10 ค่าคะแนนที่มากแสดงว่าผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้ามาก โดยพบว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นที่ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

สำหรับการประเมินสาเหตุของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย พยาบาลต้องประเมินให้ครอบคลุม ทั้งสาเหตุทางด้านทางสรีรวิทยา และทางจิตสังคมของผู้ป่วย รวมถึงผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้การประเมิน ได้แก่ การซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัว การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อนำสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่ประเมินได้มาวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว และนำมาปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีเป้าหมาย คือ การแก้ไขความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ในการพยาบาลผู้ป่วยภายใต้บทบาทอิสระคือสามารถปฏิบัติได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ เช่นการให้ความรู้ในการปฏิบัติตน บทบาทกึ่งอิสระคือการดูแลผู้ป่วยโดยนำกลยุทธ์ด้านการจัดการตนเองมาประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย

และวางแผนการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับบริบทของตนเองให้มากที่สุด และบทบาทไม่อิสระเป็นการปฏิบัติการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาหรือสาเหตุของความเหนื่อยล้า คือ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะช็อค การสูญเสียการทำงานของไต การขาดการออกกำลังกายหรือการขาดการมีกิจกรรมทางกาย และภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่สุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะมีการสูญเสียโปรตีนออกจากร่างกายขณะทำการล้างไตเฉลี่ยวันละ 8-15 กรัม (Guest, 2013) ผู้ป่วยจึงต้องบริโภคอาหารประเภทโปรตีนเพิ่มขึ้น หากไม่สามารถบริโภคได้เพียงพอจะเกิดภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ เกิดการสลายกล้ามเนื้อและเกิดความเหนื่อยล้าตามมา ร่วมกับภาวะยูรีเมียจากไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดแผลในช่องปากทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ การพยาบาลที่สำคัญมีดังนี้

1. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงความเพียงพอเหมาะสมของการได้รับสารอาหารของผู้ป่วย และสามารถนำมาเป็นเกณฑ์เพื่อให้ประเมินหรือติดตามผลการพยาบาลได้ โดยต้องประเมินให้ครอบคลุมในประเด็น ดังนี้

1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ เช่น ผมร่วง เล็บมือเปราะ

1.2 ประเมินค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย ค่าปกติอยู่ระหว่าง 19-26 kg/m²

1.3 ประเมินน้ำหนักตัวภายหลังเริ่มล้างไตทางช่องท้องในช่วง 3-6 เดือนแรก ต้องลดลงไม่เกินร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิม และในระยะหลัง 6 เดือนลดลงไม่เกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม

1.4 วัดเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน เพศชายมีขนาด 23-29 เซนติเมตร และเพศหญิงมีขนาด 22-28 เซนติเมตร (กล้าณรงค์ โชคบำรุง, 2558)

1.5 ประเมินค่าฮีโมโกลบินต้องมากกว่า 13 g/dL ในเพศชาย และมากกว่า 12 g/dL ในเพศหญิง และอัลบูมินในเลือด (Serum albumin) ของผู้ป่วย > 3.8 g/dL (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558)

2. ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยให้ครอบคลุมปริมาณ ชนิด และคุณภาพของอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน โซเดียม โพแทสเซียม และน้ำ โดยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายถึงพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่รวมถึงปัญหาและ

อุปสรรคในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมกันให้ความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม โดยหลักการจัดอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้รับสารอาหารเพียงพอ มีดังนี้ (สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561)

3.1 พลังงาน ผู้ป่วยควรได้รับพลังงานอย่างน้อย 35 kcal/kg/น้ำหนักตัว/วัน กรณีที่อายุมากกว่า 60 ปี ต้องได้รับพลังงานอย่างน้อย 30 kcal/kg/น้ำหนักตัว/วัน ซึ่งต้องรวมพลังงานที่ได้รับจากน้ำยาล้างไตด้วย

3.2 อาหารประเภทโปรตีน ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์หรืออาหารแลกเปลี่ยน ผู้ป่วยต้องได้รับโปรตีนวันละ 1.2-1.3 g/น้ำหนักตัว 1 kg ต้องเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูงอย่างน้อยร้อยละ 50 หรือแนะนำให้รับประทานเนื้อสัตว์วันละ 9 ช้อนกินข้าว ซึ่งเนื้อสัตว์ที่สุกแล้วปริมาณ 2 ช้อนกินข้าว จะให้โปรตีนประมาณ 7 กรัม แนะนำให้เลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป

3.3 อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ควรได้รับร้อยละ 50-60 ของพลังงานทั้งหมด อาหารกลุ่มนี้แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) แป้งที่มีโปรตีน ได้แก่ ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง ขนมจีน บะหมี่ ผีอก ควรบริโภคมีอยู่ 2-3 ทัพพี หลีกเลี่ยงข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต เนื่องจากมีฟอสฟอรัสสูง และ 2) แป้งที่ไม่มีโปรตีน ได้แก่ วุ้นเส้น

สาคุ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องลดการบริโภคน้ำตาล เนื่องจากน้ำยาล้างไตมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ซึ่งถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้

3.4 อาหารประเภทไขมัน แนะนำให้บริโภคไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 7 และไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานต่อวัน โดยหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ กะทิน้ำมันมะพร้าว และให้เลือกบริโภคไขมันจากพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง

3.5 วิตามินและเกลือแร่ ควรบริโภคโซเดียมน้อยกว่า 2 g/วัน หรือบริโภคเกลือแกงไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือเครื่องปรุงรสไม่เกินวันละ 3-4 ช้อนชา บริโภคแคลเซียมได้วันละ 1.5-2 g และฟอสฟอรัสไม่เกิน 800 mg/วัน

3.6 โพแทสเซียม ถ้าผู้ป่วยมีค่าโพแทสเซียมในเลือดอยู่ระหว่าง 3.5-5.0 mg/dL สามารถบริโภคผักได้ทุกชนิดอย่างน้อย 3 ทัพพีต่อวัน หรือบริโภคผลไม้ที่มีโพแทสเซียมต่ำได้ 2-3 ครั้งต่อวัน เช่น สับปะรด ชมพู แต่ถ้าระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 5 mg/dL ควรบริโภคผักไม่เกิน 1 ถ้วยตวงต่อวัน และกรณีที่โพแทสเซียมสูงมากกว่า 5.5 mg/dL ควรงดการบริโภคผักและผลไม้ทุกชนิด

3.7 ผู้ป่วยบริโภคน้ำได้ประมาณ 30-35 ml/น้ำหนักตัวต่อวัน โดยคำนึงถึงปริมาณปัสสาวะที่เหลือนอยู่ ปริมาณน้ำที่ดื่งจากการล้างไต และการบวมน้ำของผู้ป่วย

4. สมมติสถานการณ์ให้ผู้ป่วย และครอบครัวตัดสินใจในการเลือกอาหารเพื่อประเมินผลทางการพยาบาลในระยะสั้นว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสม

เพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่ โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น “ในกรณีที่ซื้ออาหารนอกบ้าน ท่านจะเลือกอาหารชนิดใดระหว่างข้าวคลุกกะปิ กับต้มจืดวุ้นเส้นหมูสับ” โดยคำตอบที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยควรตอบ คือ “ต้มจืดวุ้นเส้นหมูสับ” สำหรับการประเมินผลการพยาบาลระยะยาวให้ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงภายในระยะเวลา 6 เดือน (กล้าเผชิญโชคบำรุง, 2558)

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวกำหนดเป้าหมายของภาวะโภชนาการที่ต้องการ และวางแผนการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าจากภาวะซีด

จากพยาธิสภาพของไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำให้การผลิตอีริโทรโพอิตินลดลง ทำให้การผลิตเม็ดเลือดแดงลดลง ร่างกายของผู้ป่วยจึงขาดตัวนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา ซึ่งการพยาบาลเพื่อแก้ไขความเหนื่อยล้าจากภาวะซีด จะเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะซีด ทั้งยาในรูปแบบรับประทานและยาฉีด ดังนี้

1. ประเมินและค้นหาภาวะซีดของผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยจะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดจากการตรวจพบค่า ค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ที่น้อยกว่า 13 g/dL ในเพศชาย และน้อยกว่า 12 g/dL ในเพศหญิง และตรวจหา ค่า Ferritin, Transferrin saturation (TSAT) ซึ่ง

เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาเริ่มยาเพื่อแก้ไขภาวะซีดของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558)

2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะซีดของผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความรู้เพิ่มเติมให้ครอบคลุม โดยหลักการใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะซีดในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง มีดังนี้

2.1 ธาตุเหล็ก แพทย์จะให้ธาตุเหล็กกับผู้ป่วยเมื่อตรวจพบค่า TSAT เท่ากับร้อยละ 30 และค่า Ferritin น้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 µg/L และผู้ป่วยต้องรับประทานยาธาตุเหล็กติดต่อกัน 1-3 เดือน โดยธาตุเหล็กชนิดรับประทานจะถูกดูดซึมได้ดีที่สุดในสภาวะที่เป็นกรดของทางเดินอาหาร ดังนั้น ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการรับประทานร่วมกับผัก ไข่ นม และให้รับประทานร่วมกับเนื้อสัตว์ หรือผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวซึ่งมีความเป็นกรดสูง แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานธาตุเหล็กก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง แต่ยาอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ โดยปกติภายหลังผู้ป่วยได้รับธาตุเหล็กระดับฮีโมโกลบินควรเพิ่มขึ้นสัปดาห์ละ 1-2 g/dL (วิระพล ภิมาลย์, 2564)

2.2 Erythropoietin stimulating agent (ESA) เป็นยากลุ่มกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงในรูปของยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือเข้าใต้ผิวหนัง แพทย์จะให้ยานี้แก่ผู้ป่วย เมื่อตรวจพบค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 g/dL ยาจะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง อาการปวดศีรษะ หลอดเลือดอุดตัน ปวดบริเวณที่ฉีด ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ในวิธีการบริหารยาที่ถูกต้อง โดยยา ESA จะห้ามไม่ให้ทำการเขย่าขวดยา

เพราะไกลโคโปรตีน (Glycoprotein) จะสลายตัวจนหมดฤทธิ์ในการรักษา และต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปบริหารยาเองที่บ้าน พยาบาลต้องทำหน้าที่ฝึกสอนทักษะการฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และให้สาธิตย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ก่อนฉีดยาทุกครั้งให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่ทำการฉีดยาตรวจสอบวันหมดอายุและบรรจุภัณฑ์ของยา หลีกเลี่ยงการใช้ยาเมื่อพบว่ายาหมดอายุ พลาสติกบรรจุยาถูกเปิด หรือของเหลวที่เป็นน้ำยา มีสี หรือสารอื่นๆ แขนงลอยอยู่ หากฉีดยา ให้ฉีดยาทันทีที่นึกได้ แต่ถ้านึกได้ในวันถัดไปให้ฉีดตามปกติเพียงเข็มเดียว และในการเก็บรักษายาที่บ้านให้เก็บยาในตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8° C ไม่เก็บในช่องแช่แข็ง ประตูดั้ม หรือช่องแช่ผัก หลีกเลี่ยงไม่ให้ยาถูกแสง และเมื่อต้องมารับยารับจากโรงพยาบาลให้เตรียมบรรจุภัณฑ์ที่เก็บความเย็นระหว่างเดินทางมาใส่ยาด้วย (ศยามล สุขชา, 2558)

3. ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะชืดของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกถึงปัญหาในการบริหารยา เช่น การสอบถามอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงวิธีการบริหารยาของผู้ป่วยและครอบครัว

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวกำหนดเป้าหมายของการแก้ไขภาวะชืดที่ต้องการ โดยให้มีความสอดคล้องกับเกณฑ์การใช้ยาเพื่อรักษาภาวะชืด ได้แก่ หากได้ธาตุเหล็กชนิดรับประทาน

อีโมโกลบินของผู้ป่วยควรเพิ่มขึ้นสัปดาห์ละ 1-2 g/dL และในการใช้ยา ESA ผู้ป่วยควรมีค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit) ร้อยละ 33-36 และอีโมโกลบินเท่ากับ 11-12 g/dL

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าจากการเสียการทำงานของไต

การเสียการทำงานของไตทำให้การขับถ่ายของเสียบกพร่องจนเกิดการคั่งของแอมโมเนีย และไฮโดรเจนไอออนในร่างกาย นำไปสู่ภาวะเลือดเป็นกรดซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า การล้างไตทางช่องท้องจะช่วยลดการคั่งค้างของของเสียและลดอาการเหนื่อยล้า ดังนั้น พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยมีการล้างไตทางช่องท้องอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอ เพื่อลดการคั่งค้างของของเสียในร่างกาย ดังนี้

1. ประเมินความเพียงพอของการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งประเมินได้ ดังนี้ (เนาวนิตย์ นานา, 2561)

1.1 ประเมินจากอาการและอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ น้ำหนักตัว ขนาดกล้ามเนื้อ อาการยูรีเมีย อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความอยากอาหาร การนอนหลับ อาการคันตามผิวหนัง

1.2 ประเมินจากสมดุลน้ำในร่างกาย ภาวะบวม ภาวะน้ำเกิน ระดับความดันโลหิต และอาการหอบเหนื่อย

1.3 ประเมินจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับอีโมโกลบิน ค่าความเป็นกรด-ด่างในเลือด ระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือด

1.4 ประเมินจากค่าการขจัดของเสียขนาดเล็ก โดยวิธีการที่นิยม ได้แก่ Weekly Kt/V หรือประสิทธิภาพการขจัดยูเรียต่อการกระจายตัวของยูเรีย ค่าปกติต้องไม่เกิน 1.7 และ Weekly Creatinine Clearance (Ccr.) ต้องไม่น้อยกว่า 50 ลิตร/1.73 m² ซึ่งในการประเมินค่าการขจัดของเสียขนาดเล็ก ผู้ป่วยต้องเก็บสิ่งส่งตรวจมายังโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลต้องรู้วิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจและให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในการเก็บสิ่งส่งตรวจที่เหมาะสม เพื่อให้การประเมินค่าการขจัดของเสียขนาดเล็กมีความแม่นยำ ซึ่งมีหลักการ ดังนี้ (โรงพยาบาลบึงกาฬ, 2557)

1.4.1 ให้ผู้ป่วยเก็บน้ำยาที่ปล่อยออก 24 ชั่วโมง พร้อมเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง นำมาในเช้าวันที่นัดทำการตรวจ โดยให้คำแนะนำกับผู้ป่วยว่าเวลา 6.00 น. ของเช้าก่อนวันนัด 1 วันให้ปัสสาวะทิ้งไป หลังจากนั้นให้เก็บปัสสาวะทุกครั้งในภาชนะ และเวลา 6.00 น. ของเช้าวันนัด ให้ผู้ป่วยปัสสาวะครั้งสุดท้ายเก็บใส่ภาชนะรวมกันนำมาโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ป่วยปัสสาวะออกน้อยกว่า 200 ml หรือปัสสาวะ 1-3 ครั้งต่อวัน ให้ผู้ป่วยเก็บปัสสาวะใน 48 ชั่วโมง

1.4.2 ตวงปริมาตรน้ำยาทั้งหมดด้วยการใช้กระบอกตวงบันทึกปริมาตรแล้วนำน้ำยาใส่ถังรวมไว้

1.4.3 เก็บตัวอย่างน้ำยาล้างไต ด้วยการกวนน้ำยาล้างไตที่เก็บ 24 ชั่วโมงเข้าด้วยกัน แล้วเก็บตัวอย่างน้ำยามา 10 ml หรือเขย่าน้ำยาล้างไตทุกถุงที่ออกจากตัวผู้ป่วย

จากนั้นเก็บตัวอย่างน้ำยา 1 ml : 1,000 ml จากน้ำยาทุกถุงแล้วนำมาผสมรวมกัน

1.4.4 ส่งน้ำยาตัวอย่างที่ได้จากการล้างไตทางช่องท้องและปัสสาวะเพื่อตรวจระดับ Urea creatinine และ Total protein

1.4.5 เจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจระดับ Serum BUN และ Serum Creatinine

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการล้างไตที่ไม่เพียงพอ เช่น ภาวะยูรีเมีย อาการบวม และให้เปรียบเทียบอาการที่พบกับค่าการขจัดของเสียขนาดเล็ก ซึ่งการให้ข้อมูลทางคลินิกต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบของการล้างไตที่ไม่พอเพียงต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ชัดเจนมากขึ้น

3. ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการล้างไตทางช่องท้องที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตได้อย่างเพียงพอ เช่น อาการอึดอัดแน่นท้อง อาการปวดหลัง จากการใส่น้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้เขียนบทความเคยพบกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาอึดอัดแน่นท้อง ทำให้ไม่สามารถใส่น้ำยาล้างไตเข้าช่องท้องปริมาตร 2,000 ml ตามแผนการรักษาได้ ทำให้การล้างไตไม่เพียงพอ และไม่เกิดประสิทธิภาพ จึงเกิดการคั่งของของเสียและกรดในร่างกาย นำไปสู่ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย โดยพยาบาลใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหา และสะท้อนปัญหาหรืออุปสรรคของตนเองออกมา เช่น “ขณะทำการล้างไตทางช่องท้อง มีปัญหาหรืออุปสรรคใน

การล้างไตอย่างไรบ้าง แล้วได้ดำเนินการแก้ไข ปัญหาหรืออุปสรรคนั้นอย่างไร”

4. ประสานงานให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผนในการล้างไตทางช่องท้องร่วมกับแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อเกิดความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วย และครอบครัวมากที่สุดโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเกิดประสิทธิภาพการล้างไตมากที่สุด

5. ทบทวนความรู้ด้วยการสาธิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับทักษะการล้างไตทางช่องท้องและให้สาธิตย้อนกลับ เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำการล้างไตได้ถูกต้อง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าจากการขาดการออกกำลังกายหรือขาดการมีกิจกรรมทางกาย

การออกกำลังกายจะช่วยให้กล้ามเนื้อ มีการใช้ออกซิเจนได้ดี เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อทำให้สามารถขับของเสียและกรดที่คั่งค้างได้ดี ร่วมกับทำให้กล้ามเนื้อเกิดการเคลื่อนไหว ป้องกันการสลายกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลช่วยป้องกันและลดอาการเหนื่อยล้าได้ โดยการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วย มีดังนี้

1. ประเมินความความพร้อม และความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ป่วยแต่ละราย หากพบว่าผู้ป่วยมีไข้ มีการเปลี่ยนแปลงของ

ตารางล้างไตทางช่องท้อง มีการเปลี่ยนแปลงของยาที่รับประทาน มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ควรงดการออกกำลังกายไปก่อน

2. ให้ความรู้เพิ่มเติม และคำแนะนำ เรื่องหลักในการออกกำลังกายกับผู้ป่วย (National Kidney Foundation, 2021) ดังนี้

2.1 ชนิดของการออกกำลังกาย
ผู้ป่วยสามารถเลือกออกกำลังกายได้ 3 ประเภท ได้แก่ การฝึกความยืดเหยียด ซึ่งช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับร่างกายและระบบไหลเวียนโลหิต เช่น การเดิน การเดินสลับวิ่ง การปั่นจักรยาน ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีผลช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ (ธัญญารักษ์ บุญไทย และคณะ, 2559)

2.2 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย
ผู้ป่วยควรออกกำลังกายในระยะเวลาเดียวกันทุกวัน ระหว่างเปลี่ยนวงจรน้ำยาล้างไต หรือเมื่อช่องท้องไม่มีน้ำยาล้างไต ซึ่งจะลดความเสี่ยงของแรงดันในช่องท้องที่สูงขึ้น และผู้ป่วยควรออกกำลังกายเป็นช่วงๆ โดยแบ่งเป็นออกกำลังกาย 2 นาที พัก 1 นาที และค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลาการออกกำลังกายขึ้นจนครบ 30 นาที หรือเริ่มออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 5 นาทีต่อรอบในสัปดาห์แรก แล้วเพิ่มขึ้นรอบละ 1-2 นาที ทุกสัปดาห์ จนครบ 30 นาที

2.3 ปริมาณของการออกกำลังกาย
ใช้เกณฑ์อาการเหนื่อยเป็นตัวกำหนดปริมาณการ

ออกกำลังกายในแต่ละบุคคล โดยผู้ป่วยควร
สนทนาได้ขณะออกกำลังกายเพื่อหลีกเลี่ยงอาการ
เหนื่อยเกินไป

2.4 ความถี่ของการออกกำลังกาย
ผู้ป่วยควรออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อทุกวัน
และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของ
กล้ามเนื้อควรทำวันเว้นวัน การออกกำลังกาย
แบบแอโรบิกควรทำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2.5 ขั้นตอนในการออกกำลังกาย
แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การอบอุ่นร่างกาย
ใช้เวลาประมาณ 5-15 นาที ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น
เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น 2) การยืดเส้น เพื่อ
เตรียมกล้ามเนื้อและเอ็นสำหรับออกกำลังกาย 3)
การออกกำลังกายเพื่อให้หัวใจแข็งแรง ใช้เวลา
ประมาณ 30 นาที และ 4) การผ่อนคลาย ใช้เวลา
5-10 นาที โดยขณะที่ออกกำลังกายหากผู้ป่วย
รู้สึกเหนื่อยมาก หายใจหอบถี่ แน่นหน้าอก รู้สึก
หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดจังหวะ รู้สึกแน่นท้อง
เวียนศีรษะ เป็นตะคริว ให้หยุดออกกำลังกาย

3. ใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วย
ตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การมี
กิจกรรมทางกายและการใช้พลังงานที่เหมาะสม
โดยต้องเป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
จริง และมีความสอดคล้องกับภาวะสุขภาพและ
บริบทของผู้ป่วยและครอบครัว

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว
ร่วมกันวางแผนการมีกิจกรรมทางกาย การออก
กำลังกาย รวมถึงการใช้พลังงานในแต่ละวัน ให้
สอดคล้องกับรอบการล้างไตทางช่องท้อง และ

สอดคล้องภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมใช้
พลังงานที่เหมาะสม

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าจากภาวะ ซึมเศร้า

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
เป็นกิจกรรมการรักษาที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติทุกวัน
วันละหลายรอบ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ซับซ้อน
ร่วมกับการถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การจำกัด
ชนิดและรสชาติของอาหาร จะทำให้ผู้ป่วยเกิด
ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ จนนำไปสู่ภาวะ
ซึมเศร้าได้ โดยเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นจะทำให้
ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดแรง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ
ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย การพยาบาลเพื่อแก้ไข
ปัญหาความเหนื่อยล้าจากภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าที
ที่ยอมรับ และเข้าใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่
จะเปิดเผยความรู้สึก และความคิดที่แท้จริงของ
ตนเองออกมา

2. ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
โดยผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า
ตั้งแต่ก่อนได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่าง
ต่อเนื่อง และควรประเมินเป็นระยะเมื่อได้รับการ
ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องแล้ว โดยแบบ
ประเมินที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
2 คำถาม และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม
ถ้าประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9
คำถามแล้วพบว่ามีความเสี่ยงมากกว่า 7 คะแนน
ขึ้นไป ให้ทำการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ป่วยไปยัง

เพิ่มสุขภาพผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม (อาทิตยา อติวิชญานนท์, 2560)

3. กรณีที่คะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม น้อยกว่า 7 คะแนน ให้การพยาบาลต่อผู้ป่วย ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

3.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกและความคิดของตนเอง ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

3.2 ให้เสริมทางบวกด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนที่จะได้รับการล้างไตทางช่องท้องกับปัจจุบัน เพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถในการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นจากประสบการณ์โดยตรงของตัวเอง

3.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ ให้ได้มากที่สุด โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และวางแผนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

3.4 จัดกิจกรรมบำบัดให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วย และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะอารมณ์ให้เป็นปกติได้ เช่น การจัดกิจกรรมดนตรีและศิลปะบำบัด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ความเหนื่อยล้าเป็นประสบการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตเป็นระยะเวลานาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้การล้างไตทางช่องท้องไม่ประสบผลสำเร็จ การพยาบาลเพื่อแก้ไขความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลต้องสามารถค้นหาสาเหตุของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยแต่ละราย และให้กิจกรรมการพยาบาลในการแก้ไขสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เหมาะสม ผ่านการปฏิบัติบทบาทอิสระ เช่น การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง การสร้างสัมพันธภาพ บทบาทไม่อิสระ เช่น การเก็บสิ่งส่งตรวจตามแผนการรักษา การให้ยาเพื่อแก้ไขภาวะซีดตามแผนการรักษา และบทบาทกึ่งอิสระ โดยพยาบาลควรนำกลยุทธ์ด้านการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับบริบทของตนเองให้มากที่สุด โดยมีเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเหนื่อยล้าอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2558). ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(3), 139-145.
- กิตติ์วี ฤกษ์เมธาภากย์ และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย. (2559). ภาวะยูรีเมีย. ใน สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี, พงศธร คชเสนี, พรชัย กิ่งวัฒนกุล, วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, ธันดา ตระการนิช และคณะ (บ.ก.), *ตำราโรคไตเรื้อรัง* (น. 57-77). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอนัล แพบลิเคชั่น จำกัด.
- ดวงรัตน์ มนต์ไธสง. (2553). *ประสบการณ์การมีอาหารอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ธัญญารักษ์ บุญไทย, นิตยา ภิญญาคำ, และจิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2559). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกกับแก้ไอต่อความเหนื่อยล้าและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *พยาบาลสาร*, 43(3), 36-45.
- เนาวนิตย์ นาทา. (2561). Adequacy of Peritoneal Dialysis. ใน บัญชา สติระพจน์, อำนาจ ชัยประเสริฐ, เนาวนิตย์ นาทา และอุปลัมภ์ ศุภสินธุ์ (บ.ก.) *Manual of Dialysis* (น.293-308). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ปฏิวดี คดีโลก, ชนกพร จิตปัญญา, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2561). การศึกษาประสบการณ์การมีอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 11(2), 171-187.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5), 5-18.
- โรงพยาบาลบึงกาฬ. (2557). *Guideline และแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง*. สืบค้นจาก http://buengkanphc.com/wpcontent/uploads/2015/06/guide_line-CAPD-57-docx.pdf
- วิระพล ภิมาลย์. (2564). *เภสัชกรรมบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง*. สืบค้นจาก [http://www.kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval/ag_16_in_1.2.4_876\(2555\).pdf](http://www.kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval/ag_16_in_1.2.4_876(2555).pdf)
- ศยามล สุขขา. (2558). *เลือดจาง โลหิตจาง กับยาอีพ็โอ (EPO)*. สืบค้นจาก : <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0267.pdf>
- สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). *คำแนะนำแนวทางเวชปฏิบัติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. สืบค้นจาก https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/Clinical_Practice_Recommendation_for_Nutritional_Management_in_Adult_Kidney_Patients_2.pdf

- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. สืบค้นจาก http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD_CKD_2015.pdf
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). THAILAND RENAL REPLACEMENT THERAPY: YEAR 2016–2019. สืบค้นจาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/01/1.TRT-Annual-report-2016-2019.pdf>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 เล่ม 3 การบริหารงบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อาทิตยา อติวิชญานนท์. (2560). ภาวะซีมีเควร์ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *บูรพาเวชสาร*, 4(2), 67-78.
- Artom, M., Moss-Morris, R., Caskey, F., & Chlicot, J. (2014). Fatigue in advanced kidney disease. *Kidney International*, 86, 497-505. doi: 10.1038/ki.2014.86
- Guest, S. (2013). Hypoalbuminemia in peritoneal dialysis patients. *Advanced In Peritoneal Dialysis*, 29, 55-60.
- Horgan, A., Rocchiccioli, J., & Trimm, D. (2012). Dialysis and fatigue: Implications for nurses—A Case study analysis. *Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 21(3), 158-175.
- Lee, B-O., Lin, C-C., Chaboyer, W., Chiang, C-L., & Hung, C-C. (2007). The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 407-413.
- National Kidney Foundation. (2021). *Staying fit with kidney disease*. Retrieved from http://www.kidney.org/sites/default/files/11-10-0502_IBD_stayfit.pdf
- Ossareh, S., Roozbeh, J., Krishnan, M., Bargman, M. J., & Oreopuolos, G. D. (2003). Fatigue in chronic peritoneal dialysis patients. *International Urology and Nephrology*, 35, 535-541.
- Ryan, P., & Sawin, J. K. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process and outcome. *Nursing Outlook*, 57, 217-225. doi:10.1016/j.outlook.2008.10.004
- Zemaitis, M. R., Foris, L. A., Katta, S., Bashir, K. (2021). *Uremia*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441859/#article-30806.s15>

แนวปฏิบัติในการดูแลภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันสมองเสื่อม

วรรณดี สุทธิศักดิ์*

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมพบมากในผู้สูงอายุ ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง มีอาการทางสมอง และมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป การดำเนินของโรคมีผลกระทบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจทำให้ผู้สูงอายุขาดสารอาหารหรือได้รับสารอาหารมากเกินไป การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจช่วยชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าลง และช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี โภชนาการที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การกินอาหารให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ ในสัดส่วนที่เหมาะสม เลือกบริโภคข้าวกล้องแทนข้าวขาว เพิ่มการบริโภคผัก โดยเฉพาะผักสีเขียวเข้มและหลากสี รับประทานปลาหรือโปรตีนที่ย่อยง่าย ดื่มนม และน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ ในขณะเดียวกัน หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และงดบุหรี่ นอกจากนี้ควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ออกกำลังกายให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย และหากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารด้วยตนเอง ทีมสุขภาพหรือผู้ดูแลควรหาแนวทางช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ, โภชนาการ, ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม

Nutritional Care Guidelines for the Elderly to Prevent Dementia

Wandee Sutthisak*

Abstract

Dementia is common among the elderly making them loss self-care and encounter brain symptoms and personality changes. The progression of the disease affects the food consumption behavior of the elderly with dementia and may cause them to be undernourished or over nourished. A good nutrition would slow down the progression of the disease and help the elderly have good health. Good nutrition for older people includes eating three meals with all 5 food groups in the right proportion, eating brown rice instead of white rice, eating more vegetable especially dark green and multicolored vegetables, eating fish or easily digestible protein, drinking sufficient milk and clean water, At the same time, they should avoid high fat, too sweet, and too salty foods, abstaining or decreasing alcoholic beverages and smoking. In addition, other health behaviors should be promoted including maintain the standard body weight and body weight and body mass index of 18.5-22.9 kg./square meter, regularly take optimal exercise, and keep their mind healthy. If older people with dementia have limitations to eat by themselves, health care professionals or caregivers should seek solutions to assist them in order to maintain good nutrition and quality of life.

Keywords: Guideline, Nutrition, Elderly, Dementia

บทนำ

จากการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความเสื่อมถอยของร่างกายมากขึ้น ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะอ้วน โรคต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ (อาทิตยา สุวรรณ, 2560) ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ จะจำไม่ได้ พูดไม่ได้ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ไม่สามารถกลืนรับประทานอาหาร ขับถ่ายหรือช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด (มุกดา หนูศรี, 2559)

อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม พบว่าสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุกๆ 5 ปี ของอายุ ที่เพิ่มขึ้นจาก 65 ปี และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกจะเพิ่มถึง 81.1 ล้านคนในปี ค.ศ. 2040 โดยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในทวีปเอเชีย (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2560) สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจในชุมชนพบประมาณร้อยละ 44.82 ในประชากรอายุมากกว่า 50 ปี โดยโรคสมองเสื่อมร้อยละ 90 จะเกิดกับวัย

สูงอายุ 60-65 ปี และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2560) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ข้อมูลจากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mini-Mental State Examination, MMSE Thai, 2002) โดยการสัมภาษณ์ความสามารถทางสมองในเรื่อง เวลา สถานที่ ความจำ การนึกคิด ความจำระยะสั้น การเรียกชื่อ การพูดตาม การทำตามคำบอก และการเขียน พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 8.1 ความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 9.2 และร้อยละ 6.8 ตามลำดับ โดยความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มตามอายุ ความชุกน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีร้อยละ 4.8 และเพิ่มมากขึ้นตามอายุจนอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบเพศหญิงร้อยละ 28.5 และเพศชายร้อยละ 13.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่เนื้อสมองส่วนต่างๆ มีความฝ่อลงและส่งผลกระทบต่อเนื้อสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความอยากอาหาร และควบคุมสมดุลของพลังงาน ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น ภาวะกลืนลำบาก ความอยากอาหารลดลง เป็นต้น (Albanese & Prina, 2014) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มักจะเกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการตามมาด้วย มีทั้งภาวะโภชนาการขาดหรือโภชนาการเกิน ขึ้นอยู่กับระยะต่างๆ ของสมองและพบปัญหาพฤติกรรมจิตเวชที่

เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย ปัจจุบันกลุ่มอาการเกี่ยวกับความผิดปกติในการรับประทานอาหารนี้ยังไม่มียารักษาให้หายขาด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมุ่งเน้นการป้องกันหรือไม่ให้กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้น หรือพยายามให้ภาวะนี้เกิดขึ้นช้าที่สุดในกรณีที่ป้องกันไม่ได้ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและนานที่สุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม บทความนี้ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุดังกล่าว ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกัน

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลง เกิดความผิดปกติของความจำ ทั้งในส่วนของความจำระยะสั้นและระยะยาว ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา การสื่อสาร ความเข้าใจภาษา ทักษะในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน การวางแผน การตัดสินใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วย จนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นๆ (Alzheimer's Association, 2015)

สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากกระบวนการฝ่อตัวของเซลล์สมองซึ่งเป็นไปตามกระบวนการชรา ทำให้เซลล์สมองเริ่มมีการสูญเสียหน้าที่ไปอย่างช้าๆ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจึงพบสูงขึ้นตาม

วัยที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่ผิดปกติจะสัมพันธ์กับตำแหน่งของเซลล์สมองที่สูญเสียหน้าที่

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย (2560) ได้กล่าวถึง สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อย แบ่งได้ 5 สาเหตุ ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทหรือโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) บางรายพบการเสื่อมสลายของเนื้อเยื่อของสมอง เช่น โรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น ช่วงแรกมักมีปัญหาทางด้านความจำก่อน โดยเฉพาะความจำระยะสั้น ต่อมาจึงมีปัญหาความจำระยะยาว โดยมีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะต่อมาอาจมีอาการด้านจิตเวช เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์เปลี่ยนแปลง เป็นต้น เมื่อโรคดำเนินมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เช่น ประสาทหลอน หวาดระแวง เหยยเมย พุดหรือสื่อสารเกือบไม่ได้ เคลื่อนไหวลำบาก และเสียชีวิตที่สุด

2. ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากหลอดเลือด (Vascular dementia, VaD) มักมีอาการตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาทิ ชนิดขาดเลือด (Cerebral infarction) หรือหลอดเลือดสมองแตก ทำให้เลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) อาการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือหตุลงเป็นลำดับขั้น อาการเปลี่ยนแปลงขึ้นลง ผู้ป่วยมักมีปัจจัยเสี่ยงด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่เดิม โดยตรวจร่างกายจะพบความผิดปกติของสมองเฉพาะที่ (Focal neurological deficit) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก (Small vessel disease) ทำให้เกิดการตายของเนื้อสมองเป็น

หยาบๆ โดยเฉพาะที่ใยประสาท (White matter) อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งจะขัดขวางและทำให้ การเชื่อมต่อของสมองส่วนต่างๆ ผิดปกติ การทำงาน ของสมองจึงช้าลงเกิดอาการถดถอยด้านการตัดสินใจ (Executive dysfunction หรือ psychomotor retardation) แนวทางการรักษาในปัจจุบันจึงเน้น ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. ภาวะสมองเสื่อมที่พบลิ่ว บอดี (Dementia with Lewy Bodies, DLB) ภาวะนี้เกิด จากการสะสมของลิ่ว บอดี (Lewy Body) ซึ่งอยู่ใน เซลล์ประสาท บางรายเกิดจากยีนกลายพันธุ์ ผู้ป่วยมักมีอาการสมองเสื่อมร่วมกับการเคลื่อนไหว ผิดปกติคล้ายโรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) ซึ่งมักเกิดพร้อมกันหรือห่างกันไม่เกิน 1 ปี ลักษณะพิเศษในผู้ป่วยเหล่านี้ คือมีอาการภาพ หลอน (Visual hallucination) มีอาการทางสมอง ขึ้นๆ ลงๆ อาจมีความผิดปกติทางการนอนหลับ ล้มง่าย และหลง

4. โรคสมองเสื่อมชนิดฟรอนโตเทมพอรัล (Frontotemporal dementia, FTD) โรคนี้พบได้น้อย มักพบในผู้ป่วยวัยกลางคน อาการเริ่มต้นมัก เป็นด้านการควบคุมอารมณ์ การเข้าสังคม การตัดสินใจผิดปกติ มีอาการซึมเศร้า เฉยเมย การกิน หรือการใช้ภาษาผิดปกติ เป็นอาการเด่น ซึ่งต่าง จากโรคอัลไซเมอร์ที่มีปัญหาด้านความจำเด่น

5. โรคทางกายหรือจิตเวชที่อาจรักษาให้ กลับเป็นปกติได้ (Potentially reversible dementia) ผู้ป่วยมักมีโรคทางกายหรือทางจิตเวชอื่นที่แสดง

อาการสมองเสื่อมร่วมกับอาการโรคเดิม เช่น ภาวะ ทูพโธซนาการ หรือพร่องวิตามิน ภาวะพร่อง ไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผลหรือพิษจากยาที่มี ฤทธิ์ต่อระบบประสาท โรคทางประสาทศัลยศาสตร์ เช่น เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดราชนิดเรื้อรัง (Chronic subdural hematoma) ภาวะน้ำคั่งใน โพรงสมองที่มีความดันปกติ (Normal pressure hydrocephalus) โรคทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า วิดกกังวล เป็นต้น การบำบัดรักษาโรคข้างต้นจะ ทำให้อาการสมองเสื่อมดีขึ้นได้มาก

ปัญหาด้านโภชนาการในผู้ป่วยสมองเสื่อม

อาการของโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ทำให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารเก่งในระยะแรกของโรค เนื่องจากจำไม่ได้ว่ารับประทานไปแล้ว หรือไม่มีความ หิว อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารมากเกินไป ความ ต้องการของร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจากเกิดอาการลืม ของผู้ป่วยที่เรียกว่า “ลืมอิ่ม” (เพียงพร เจริญวัฒน์, 2558) หรือรับประทานไม่ถูกสัดส่วน ทำให้เกิด ปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไขมัน ในหลอดเลือดผิดปกติ และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาการเลือกรับประทาน รับประทานไม่ได้ รับประทานไม่พอ หรือเกิดการ “ลืมหิว” ซึ่งทำให้เกิดขาดสารอาหารได้ (เพียงพร เจริญวัฒน์, 2558) การศึกษาของพัชร ติชัยสถิต พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ (2562) เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อม พบว่า มีระดับอัลบูมินต่ำ คอเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง และการลดลงของระดับไลโป

โปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High-density lipoprotein cholesterol: HDL-C) และมีภาวะซีด ซึ่งแสดงถึงภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุดังกล่าว

จากการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยดัชนีมวลกายในต่างประเทศ พบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายทั้งในระดับสูงและต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การศึกษาในประเทศสเปนพบว่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงระหว่าง 15.22-43.64 กิโลกรัม/ตารางเมตร ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 27 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Roque, Salva, and Vellas, 2013) สำหรับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงระหว่าง 11.60-30.10 กิโลกรัม/ตารางเมตร ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 20.20 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Takada et al., 2017) ในประเทศไทย การศึกษาของพัชร ดิขัยสถิต พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีดัชนีมวลกายสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ทั้งนี้เกิดจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก อาจลืมว่าตนเองรับประทานอาหารเช้า ทำให้มีปัญหาการรับประทานซ้ำหรือได้รับอาหารที่มีพลังงานมากเกินไป และเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เข้าสู่ระยะกลางและระยะท้าย ปัญหาทุพโภชนาการที่พบบ่อยคือ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และภาวะน้ำหนักตัวน้อย ปัจจัยเสี่ยงมักมีหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกลอยลาง อาหารที่ลดลง การใช้พลังงานที่มากขึ้น และระยะของโรคมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการ

รับประทานอาหารด้วยตนเองน้อยลง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน ปัญหาด้านสุขอนามัยของเหงือกและฟันควรพิจารณาอาหารว่างระหว่างมื้อร่วมด้วย เติมน้ำดื่มที่มีประโยชน์ในการอาหารชนิดที่ผู้ป่วยรับประทาน และเน้นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ความสนใจกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรับประทานอาหารเช้าจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น (เพ็ญพร เจริญวัฒน์, 2558)

การบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามระยะอาการ

ปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ จำไม่ได้ว่ากินอาหารไปแล้ว ไม่รู้จักวิธีการใช้ช้อนส้อม ปัญหาในการกลืน การเคี้ยวหรืออาจต้องป้อนอาหาร ดังนั้นจึงควรปรับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยแต่ละระยะให้เหมาะสม American Psychiatric Association (1994) ได้จำแนกระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ดังนี้

ระยะแรก (1-2 ปี) ผู้ป่วยเริ่มสูญเสียความทรงจำที่เล็กน้อย โดยเริ่มจากการสูญเสียความจำที่เป็นปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยถามซ้ำอีกกับคำถามเดิมที่เคยถามไปแล้ว จะจำเหตุการณ์เก่าได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น อาจมีปัญหาการใช้ภาษาตั้งแต่ช่วงแรกๆ ของโรค มักจะเลือกคำมาใช้ไม่ถูก เรียกชื่อสิ่งของที่ไม่ได้ใช้บ่อยๆ ไม่ถูกต้อง อาจสับสนทิศทางซ้ายขวาในที่ที่ไม่คุ้นเคย การบริโภคอาหาร ควรให้ผู้ป่วยรับประทานปริมาณ

น้อยแต่บ่อยครั้ง แบ่งเป็น 6-8 มื้อต่อวันและระว่างผู้ป่วยได้รับพลังงานมากเกินไป

ระยะกลาง (2-10 ปี) อาการลืมนจะเป็นมากขึ้น จะเริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้ ลืมประวัติส่วนตัว รวมทั้งความทรงจำต่างๆ ก็เริ่มเสียไป จำชื่อเพื่อนหรือญาติไม่ได้ มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน การดูแลตนเองจะบกพร่อง ผู้ป่วยอาจมีอาการหิวกระหาย เห็นภาพหลอนและหูแว่วได้ แสดงความสับสนเกี่ยวกับการรับรู้ วัน เวลา สถานที่และเรื่องสำคัญของชีวิต การจัดอาหารแก่ผู้ป่วยระยะนี้ควรเป็นอาหารที่ให้พลังงานคงที่ บางครั้งผู้ป่วยมีอาการลืมหิว หรือลืมนม

ระยะสุดท้าย (3-12 ปี) ความจำจะสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ใดๆ ได้ แม้กระทั่งเหตุการณ์เฉพาะหน้า และระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะไม่รับรู้ตนเอง ไม่สามารถตอบสนองสิ่งเร้าได้ พูดได้น้อยลงมากจนไม่พูดเลย ในที่สุดผู้ป่วยจะพูดไม่ได้ เดินไม่ได้ กลืนอาหารไม่เป็น นอนติดเตียง ผอมลง ต้องมีคนดูแลตลอดเวลา การให้อาหารแก่ผู้ป่วยระยะนี้ ควรให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกหรือหน้าท้อง

การประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ครอบครัวและผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มจากการประเมินด้านสภาพร่างกาย และการบริโภคอาหารเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง แนวทางการปฏิบัติเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแล (พรพิศ เรืองขจร, 2560) มีดังนี้

1. ประเมินลักษณะของอาหารที่รับประทาน ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากน้อยเพียงใด
2. ตรวจสอบน้ำหนักของผู้สูงอายุเดือนละหนึ่งครั้ง
3. ตรวจดูกลืนเนื้อต่างๆ ว่าลดลง ฝอลงหรือไม่
4. ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารด้วยตนเอง ทำได้ง่ายหรือไม่

เมื่อประเมินแล้วพบว่า การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อย เพียงใด และหากเปลี่ยนแปลงเป็นเวลานานเกิน 1-2 เดือน ควรพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์และนักโภชนาการ เพื่อประเมินเพิ่มเติมและให้การดูแลรักษาตามปัญหาที่พบ โดยอาจปรับประเภทอาหาร และให้สารอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ตามระยะอาการของโรคและปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

สารอาหารและอาหารที่มีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของสมอง

ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลงเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ แต่ความต้องการสารอาหารยังคงเดิม ดังนั้น ควรจัดอาหารให้มีปริมาณสารอาหารที่ครบถ้วน 5 หมู่ และให้สารอาหารเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย (2560) ได้แนะนำสารอาหารและอาหารที่มีบทบาทสำคัญต่อสมอง ดังนี้

คาร์โบไฮเดรต เป็นสารอาหารที่สำคัญที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย และเป็นแหล่งพลังงานหลักของสมอง ช่วยส่งเสริมให้เซลล์สมองทำงานได้อย่าง

มีประสิทธิภาพ แหล่งอาหารที่สำคัญของคาร์โบไฮเดรตพบในอาหารที่มาจากพืชโดยเฉพาะข้าว และพบในอาหารประเภทแป้ง ผัก ผลไม้ และถั่วต่างๆ ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตในรูปที่ไม่ขัดสี โดยเฉพาะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือซึ่งมีวิตามินบี 1 ซึ่งมีส่วนช่วยในการบำรุงสมอง และควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่เหมาะสมและเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ควรรับประทานข้าว มีถั่ว 2 ถ้วย วันละ 6-8 ถ้วยต่อวัน การรับประทานแป้งและน้ำตาลมากเกินไปจะส่งผลให้สมองเฉื่อย

โปรตีน เป็นองค์ประกอบหลักของเซลล์ทุกเซลล์ในร่างกาย โปรตีนจำเป็นต่อการสร้างสารสื่อประสาท ทำหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทระหว่างเซลล์ มีบทบาทในการควบคุมการทำงานของร่างกาย เช่น สมาธิ ความจำ ความอยากอาหาร การนอนไม่หลับ โดยสมองของเรามีสารสื่อประสาทหลายชนิด เช่น โดปามีน (Dopamine) หรือสารแห่งความสุข ซีโรโทนิน (Serotonin) สารที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความหิว การนอนหลับ เอนดอร์ฟิน (Endorphin) สารที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย พึงพอใจ เพราะฉะนั้น เมื่อไหร่ก็ตามที่มีสารสื่อประสาทชนิดใดชนิดหนึ่งเกิดไม่สมดุล จะส่งผลให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์แปรปรวน นอนไม่หลับ เป็นต้น (วรศรา รุทธะวณิช, 2563) แหล่งอาหารโปรตีนมีทั้งมาจากสัตว์และพืช เช่น ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ นมและผลิตภัณฑ์นม ถั่วร่างกายได้รับโปรตีนที่ปริมาณที่เพียงพอและเหมาะสมจะช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ

ซึ่งเป็นส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อ รักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่ภายในร่างกายให้ปกติ การรับประทานโปรตีนที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ ควรเลือกบริโภคที่ย่อยง่าย บด สับละเอียด หรือต้มให้เปื่อยนุ่ม มีถั่ว 4-6 ช้อนโต๊ะ หรือวันละ 6-8 ช้อนโต๊ะ ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นอาหารที่ให้โปรตีนสูง ราคาถูก หาได้ง่าย ควรต้มให้เปื่อยนุ่ม วันละ 1 ช้อนโต๊ะ สำหรับไข่ เป็นอาหารที่มีความเหมาะสม เพราะสามารถย่อยและดูดซึมได้ดี เคี้ยวง่าย ควรบริโภคทั้งฟอง สับดาห์ละ 2-3 ฟอง ถ้ามีภาวะไขมันในเลือดสูง ควรรับประทานเฉพาะไข่ขาว หรือวิธีผสมไข่ขาว 2 ฟอง ไข่แดง 1 ฟอง หากได้รับโปรตีนสูงเกินความจำเป็นของร่างกายจะทำให้ไตทำงานหนักในการขับของเสียออกจากร่างกาย

ไขมันและน้ำมัน มีความสำคัญในการสร้างเยื่อหุ้มเซลล์ประสาทและเยื่อผิวของเนื้อเยื่อสมอง ควรเลือกรับประทานเฉพาะไขมันหรือน้ำมันที่มีไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันจากถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว ทานตะวัน น้ำมันงา และน้ำมันมะกอก เป็นต้น น้ำมันประกอบด้วย กรดไขมัน 2 ชนิด ได้แก่ กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid: SFA) และกรดไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated fatty acid: USFA) ซึ่งแบ่งออกเป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (Monounsaturated fatty acid: MUFA) และกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid: PUFA) มีผลทำให้น้ำมันพืชมีคุณสมบัติแตกต่างกัน โดย MUFA ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein-cholesterol: LDL-C)

เพิ่มหรืออาจไม่เพิ่มคอเลสเตอรอลไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein-cholesterol: HDL-C) PUFA สามารถลดระดับ LDL-C ในขณะเดียวกันก็ลดระดับ HDL-C ด้วย PUFA มีโอกาสเกิดอนุมูลอิสระง่าย จึงไม่ควรนำมาใช้ทอดอาหารทุกชนิด นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันสัตว์ กะทิ และน้ำมันมะพร้าว เป็นต้น กรดไขมันอิ่มตัวจะเพิ่มระดับ LDL-C และ HDL-C หลีกเลี่ยงไขมันทรานส์เพราะจะลด HDL-C และเพิ่ม LDL-C เพิ่มไตรกลีเซอไรด์ในกระแสเลือด ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และมีผลต่อสมองโดยเพิ่มความเสี่ยงของเกิดภาวะสมองเสื่อม ถึง 2 เท่า ไขมันทรานส์ มีในมาการีน เนยขาว ผลิตภัณฑ์ขนมอบ เบเกอรี่ที่ใช้เนยขาวและเนยเทียมเป็นส่วนผสม เค้ก คุกกี้ โดนัท วิปป์ครีม แครกเกอร์ นักเก็ต แป้งพิซซ่า มันฝรั่งทอด ป๊อปคอร์น ครีมเทียมบางชนิด และอาหารที่ระบุว่ามีการเติมไฮโดรเจนลงในไขมัน โดยให้สังเกตฉลากโภชนาการ มีคำว่า “ทรานส์แฟต หรือไขมันทรานส์” (Trans fat), น้ำมันพืชที่ผ่านการเติมไฮโดรเจน, เนยขาว (Shortening) หรือ เนยเทียม (Margarine) ในกรณีอาหารที่มีไขมันทรานส์แต่ไม่มีการระบุปริมาณลงในฉลาก หรือไม่มีฉลาก อาจใช้การสังเกตร่วมด้วยโดยสังเกตอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบทั้งไว้นานๆ หากไม่มั่นใจให้ตั้งข้อสงสัยว่าไขมันในอาหารมีไขมันทรานส์ผสมอยู่ด้วย

นอกจากนี้ โอเมก้า 3 เป็นกรดไขมันชนิดหนึ่ง ที่เป็นส่วนประกอบสำคัญของสมอง ที่ช่วย

พัฒนาเนื้อเยื่อของระบบประสาท และเป็นสารตั้งต้นของกรดไขมันที่ให้ประโยชน์ 2 ชนิด คือ กรดอีโคซาเพนทาอีโนอิก (Eicosapentaenoic acid: EPA) มีประโยชน์ทางด้านลดไขมันในเลือด และกรดโดโคซะเฮกซะอีโนอิก (Docosahexaenoic acid: DHA) มีประโยชน์ทางด้านเป็นส่วนประกอบของเซลล์สมอง บำรุงสมองโดยมีส่วนช่วยในการสร้างเครือข่ายใยประสาท ซึ่งมีความจำเป็นต่อระบบการทำงานของสมอง และช่วยป้องกันความจำเสื่อม มีมากในปลาทะเลน้ำลึกและปลาน้ำจืด เช่น ปลาแซลมอน ปลาทูน่า ปลาซาดีน ปลาแมลคอเรล ปลาทู ปลาเกะพงขาว ปาจาระเม็ดขาว ปลาสำลี ปลาดุก ปลาช่อน ปลานิล เป็นต้น ผู้สูงอายุควรกินปลาสดอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง

กลุ่มวิตามินบี มีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม (มุกดา หนูยศรี, 2559) ร่างกายสามารถเปลี่ยนโฮโมซิสเตอีนเป็นกรดอะมิโนโดยวิตามินบี หากขาดวิตามินบี โฮโมซิสเตอีนซึ่งเป็นสารที่เกิดจากการย่อยสลายของอาหารประเภทโปรตีน ปกติร่างกายจะพยายามขจัดจะสะสมในกระแสเลือดซึ่งไปรบกวนผนังหลอดเลือดนำไปสู่หลอดเลือดแข็งตัว ในกลุ่มวิตามินบี 6 โฟเลตและวิตามินบี 12 มีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับโฮโมซิสเตอีนในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ รวมทั้งมีบทบาทในการพัฒนาระบบความจำ (Cognitive development) โดยเกี่ยวข้องกับ การสังเคราะห์สารสื่อประสาทหลายชนิด (Neurotransmitters) ที่เกี่ยวกับกับการทำงานของระบบประสาท เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin)

ทอรีน (Taurine) โดปามีน (Dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และกรดแกมมาอะมิโนบิวไทริก (GABA) เป็นต้น นอกจากนี้ วิตามินบี 6 มีส่วนส่งเสริมการสร้างลิโฟไซด์ และอีเตอร์ลิพิด-2 ที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โฟเลตมีส่วนช่วยบำรุงหัวใจและสมอง ลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม วิตามินบี 12 มีส่วนช่วยในเรื่องการทำงานของสมองและความจำ แหล่งอาหารที่พบกลุ่มวิตามินบี และโฟเลต มีดังนี้

วิตามินบี 1 พบมากใน เนื้อหมู ข้าวซ้อมมือ ข้าวมันปู ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วดำและงา

วิตามินบี 2 พบมากใน ตับ ไก่ ไข่ นม เห็ด

วิตามินบี 3 พบมากใน ปลา ตับ เนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้ง ข้าว

วิตามินบี 5 พบมากใน ตับ ธัญพืช นม ไข่ เห็ด บรอกโคลี มะเขือเทศ

วิตามินบี 6 พบมากใน เนื้อสัตว์ ไข่แดง

วิตามินบี 12 พบมากใน ปลา หอยนางรม ไข่ เนื้อสัตว์ ธัญพืช

โฟเลต พบในอาหารทั่วไปและในผักใบเขียว การที่ร่างกายได้รับโฟเลตไม่เพียงพออาจเกิดจากการกินไม่เพียงพอ ไม่ได้กินผักผลไม้สด หรืออาจเกิดจากการปรุงอาหารที่หุงต้มนานเกินไป หรือการรับประทานอาหารจะทำให้สูญเสียโฟเลตไปเป็นจำนวนมาก

ธาตุเหล็ก มีส่วนสำคัญในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง กระตุ้นการทำงานของซีกซ้ายซึ่งเป็นบริเวณที่ทำหน้าที่วิเคราะห์หรือใช้ความคิดในด้านนามธรรม เพิ่มทักษะในการใช้คำพูด และทำให้

สมองทำงานได้ดี การขาดธาตุเหล็กทำให้สมาธิสั้น ใจคิดลดลง การเรียนรู้ลดลง (ศัลยา คงสมบูรณ์, 2552) ธาตุเหล็กพบมาก ในเนื้อสัตว์ ตับ เลือด ไข่ นม และผักใบเขียว ผู้สูงอายุควรกินอาหารที่มีธาตุเหล็ก 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

สารต้านอนุมูลอิสระ มีส่วนช่วยป้องกันเนื้อเยื่อสมองจากอนุมูลอิสระที่ทำให้เซลล์สมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อความจำ สารต้านอนุมูลอิสระ พบในวิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน และซีเนียม พบมากใน ลูกพรุน ฝรั่ง สตรอเบอร์รี่ บลูเบอร์รี่ ทับทิม แอปเปิ้ล เป็นต้น สำหรับเครื่องเทศพบมากในพริก พริกไทย กระเทียม ขิง ขมิ้น กานพลู เป็นต้น จะมีสารต้านอนุมูลอิสระที่มีความเข้มข้นที่เรียกว่า “แอนโทไซยานิน”

วิตามินอี มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้ พบมากในถั่วเปลือกแข็ง ผักใบเขียว ธัญพืชไม่ขัดสี ปลาทะเล ไข่ น้ำมันพืช

โคลีน เป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์สมอง เซลล์ประสาท และเป็นสารตั้งต้นในการสร้างอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ใช้ในการส่งกระแสประสาท (Cholinergic neurotransmission) ของสมอง ซึ่งควบคุมความจำ อาหารที่มีโคลีนสูง เช่น ไข่แดง ตับ ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ข้าวกล้อง ผักใบเขียว

สังกะสี มีส่วนช่วยในการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในสมอง รวมทั้งมีส่วนช่วยบำรุงเนื้อเยื่อและเซลล์ต่างๆ ในร่างกาย สังกะสีพบมากในเนื้อสัตว์ ตับ อาหารทะเล ถั่ว และธัญพืช

หลักปฏิบัติด้านพฤติกรรมกรบริโภคเพื่อป้องกัน

ภาวะสมองเสื่อม

ดังที่กล่าวมา อาหารและโภชนาการที่ดีเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจช่วยชะลอการดำเนินของโรคสมองเสื่อมให้ช้าลง และช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แนวทางส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1. ควบคุมอาหารเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้ค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI) 18.5-22.9 kg/m²
2. ควบคุมโภชนาการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และโรคอ้วน
3. รับประทานอาหารที่หลากหลาย ครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสม หมั่นดื่มน้ำหนักตัวไม่ให้เกินเกณฑ์ และควบคุมดัชนีมวลกายให้เหมาะสม
4. รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ โดยเฉพาะมื้อเช้าจะทำให้สมองทำงานได้ดี มื้อเช้าควรประกอบด้วย ข้าว-แป้ง หรือธัญพืช และเนื้อสัตว์เสริมด้วยผักผลไม้
5. เลือกรับประทานข้าวกล้องแทนข้าวขัดขาว
6. เพิ่มการรับประทานผัก โดยเฉพาะผักที่มีสีเขียวเข้มและหลากสี กินผลไม้ที่เหมาะสม ควบคุมการกินผลไม้รสหวาน ผักและผลไม้สดไม่ไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระ โยอาหาร วิตามินซี และโฟเลต

7. รับประทานปลาน้ำจืดสลับกับปลาทะเลไข เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ

8. ดื่มนมและผลิตภัณฑ์นมเป็นประจำ

9. หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด

10. เลือกใช้น้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัวสูง และใช้ในปริมาณที่เหมาะสมกับการประกอบอาหาร

11. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ
12. รับประทานอาหารที่มีความปลอดภัย ไม่ปนเปื้อนสารโลหะหนักหรือสารเคมีต่างๆ
13. งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงอยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่

นอกเหนือจากการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมแล้ว ผู้สูงอายุควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ด้วย ได้แก่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เช่น เดินเร็ว รำมวยจีน นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ วันละ 7-9 ชั่วโมง หมั่นฝึกให้สมองได้คิดบ่อยๆ เช่น อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ คิดเลข เล่นเกม รวมทั้งหลีกเลี่ยงยา อาหาร หรือกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสมอง เช่น หลีกเลี่ยงการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ทดแทนในวัยหมดประจำเดือน หรือการรับประทานยาโดยไม่จำเป็น ระวังการเกิดอุบัติเหตุต่อสมอง ทำจิตใจให้ผ่องใส ไม่เครียด หากิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อคลายเครียด เข้าร่วมกิจกรรมสังคมบ่อยๆ พบปะผู้อื่นบ่อยๆ ไปวัด ไปงานเลี้ยง หรือเข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ดูแลควรตระหนักถึงความสำคัญของการ

ส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีในผู้สูง โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อม และเสริมสร้างความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวได้มากยิ่งขึ้น

สรุป

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มขึ้น ปัญหาความจำบกพร่องส่งผลกระทบต่อ

การดำเนินชีวิตประจำวันหลายด้าน รวมถึงภาวะโภชนาการและอื่นๆ การประเมินภาวะโภชนาการและการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เป็นมาตรฐาน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- พัชร โชติชัยสถิต พรทิพย์ มาลาธรรม นุชนาฏ สุทธิ และสมุลชาติ ดวงบุบผา. (2562). ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. ในรายงานการประชุมวิชาการเสนองผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 สืบค้นจาก <https://ap.gs.kku.ac.th/gs/th/publicationfile/item/20th-ngrc-2019/MMo13/MMo13.pdf>
- พรพิศ เรืองขจร. (2560). โภชนบำบัดกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://s3.amazonaws.com/thai-health/index.html>
- เพียงพร เจริญวัฒน์. (2558). งานโภชนบำบัดกับผู้ป่วยสมองเสื่อม. การประชุมวิชาการสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย “งานโภชนาการและโภชนบำบัดกับระบบบริการสุขภาพ”. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย
- มุกดา หนูศรี. (2559). การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(1), 227-240.
- วิศรา รุทธะวณิช. (2563). เหงา เศร้า ซึม นอนไม่หลับเรื้อรัง ตรวจสอบสื่อประสาท...เพื่อรักษาให้ตรงสาเหตุ. สืบค้นจาก https://www.phyathai.com/article_detail/3291/th
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2552). Functional Foods for Brain ในโลกแห่งการเปลี่ยนแปลง. วารสารพยาบาลทหารบก, 10(ฉบับพิเศษ), 43-46.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด

- Albanese E, Prina M. (2014). Undernutrition in dementia In : Prince M, Guerchet, M. Albanese E., & Prina, M.. *Nutrition and Dementia : A review of available research*, Alzheimer's Disease International. Retrieved from <http://www.alz.co.uk/nutrition-report>
- Alzheimer's Association. (2015). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dementia*, 11(3), 332-384.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Roque M, Salva A, Vellas B. (2013). Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (NutriAlz Trial). *The journal of nutrition, health & aging*, 17(4), 295-9.
- Takada K, Tanaka K, Hasegawa M, Sugiyama M, YoshiileN. (2017). Grouped factors of the 'SSADE: signs and symptoms accompanying dementia while eating' and nutritional status-An analysis of older people receiving nutritional care in long-term care facilities in Japan. *International journal of older people nursing*, 12(3), 1-12.

บทบาทการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดใส่อุปกรณ์อ้อมมำยา

ธนัชพร ผลทวีชัย*, ปฤณต์ อธิเมธินทร์**

บทคัดย่อ

การผ่าตัดใส่อุปกรณ์อ้อมมำยา เป็นการใส่อุปกรณ์พลาสติกชนิดที่มีลักษณะเป็นตัวกักเก็บน้ำไขสันหลัง ซึ่งจะถูกฝังไว้ใต้ชั้นหนังศีรษะ และมีสายสวนโดยวางไว้ใต้หนังศีรษะต่อลงสู่โพรงสมอง ใช้ในการให้ยาปฏิชีวนะ หรือยาเคมีบำบัดทางน้ำไขสันหลัง นอกจากนี้ยังใช้ในการเก็บตัวอย่างของน้ำไขสันหลังเพื่อส่งตรวจ ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่อ้อมมำยาเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลุกลามที่จำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัดทางน้ำไขสันหลังโดยตรง ภายหลังมีการนำระบบคอมพิวเตอร์นำวิถีมาใช้ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการใส่สายสวนเข้าไปในโพรงสมอง ทำให้ตำแหน่งปลายสายสวนอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและเหมาะสม บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความรู้จากประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดใส่อ้อมมำยา เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลปรีศัลยกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ทำให้การผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐานและราบรื่น

คำสำคัญ : การพยาบาลปรีศัลยกรรม, อุปกรณ์อ้อมมำยา, ระบบนำวิถี

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2565 หน้า 143-158

* พยาบาลวิชาชีพ หน่วยผ่าตัดประสาทศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author, e-mail: thanachpornpholtaweetchai@gmail.com, Tel. 09-8889-7699

วันที่รับบทความ: 17 สิงหาคม 2564, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 31 มีนาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 5 เมษายน 2565

Roles of Nurses in Caring for Patients Undergo Ommaya Reservoir Placement

Thanachporn Pholtaweetchai*, Parunut Ittimathin**

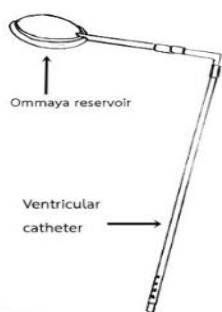
Abstract

Ommaya reservoir catheter Placement Surgery is an operation to put an Ommaya reservoir under the scalp and get it connected to Ventricular catheter that is placed in one of the ventricles in the brain. It can be used for injecting antibiotics or chemotherapy into cerebrospinal fluid (CSF). It is also used for collecting samples of CSF for examination. Currently, there are increasing number of patients who need to be treated by intracranial medication via Ommaya reservoir. Most of the patients undergoing Ommaya Shunt surgery are the advanced cancer patients who require intraventricular chemotherapy. Recently, navigation system has been introduced as a modality option in surgery, resulting in that the ventricular catheter is placed in a more accurate position. This article provides evidence-based information through a review of relevant literature and the tacit knowledge from nursing experiences in caring for patients undergo Ommaya device. This information would enable nurses gain more knowledge and understanding when taking care of this group of patients, pre, during, and post-surgery. Perioperative nurses could apply this information into practice to provide care safely and efficiently, enhancing standard and smooth surgery.

Keywords: Perioperative nursing, Ommaya reservoir, Navigation system

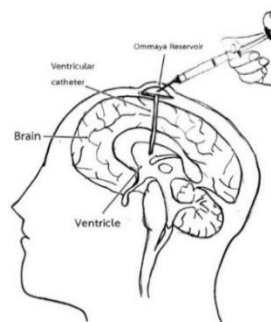
บทนำ

อุปกรณ์ออมมายา หรือเรียกว่า Ommaya device เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการผ่าตัดเพื่อวางตัวกักเก็บน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid : CSF) ในโพรงสมอง (Ventricle) ประกอบด้วยสองส่วน ส่วนแรก Ommaya Reservoir มีรูปร่างเหมือนโดมและวางไว้ใต้หนังศีรษะ เชื่อมต่อเป็นส่วนที่สอง คือ สายสวนที่ใส่ไว้ในโพรงสมอง (Ventricular catheter) (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, 2021) (รูปที่ 1) โดยภายในโพรงสมองมีน้ำไขสันหลัง ที่ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนสารต่างๆ และแร่ธาตุ ผ่านตัวกรองกั้นระหว่างเลือดและสมอง ในสมองและไขสันหลังมีกลุ่มเส้นเลือด Blood brain barrier เป็นตัวกั้นให้สารบางอย่างผ่านได้และผ่านไม่ได้ ซึ่งยาเคมีบำบัดบางตัวให้ทางหลอดเลือดดำแล้วไม่สามารถผ่าน Blood brain barrier ไปทำลายเซลล์มะเร็งโดยตรงได้ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สาขารังสีรักษาและ มะเร็งวิทยา, 2559) จึงต้องให้ยาเคมีบำบัดเข้าทางน้ำไขสันหลัง



รูปที่ 1 Ommaya Reservoir และ Ventricular catheter
ที่มา : <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/faq-about-ommaya-reservoirs-and-ommaya-taps>
วาดโดย ธนัษพร ผลทวีชัย

โดยตรง (Intraventricular chemotherapy) ผ่านทาง Ommaya reservoir (รูปที่ 2) นอกจากนี้ยังใช้เก็บตัวอย่างน้ำไขสันหลังโดยการเจาะเข็มผ่านทาง Ommaya reservoir แทนการเจาะช่องระหว่างกระดูกสันหลัง (Lumbar puncture) (Jill -Seladi-Schulman, 2018) การผ่าตัดดังกล่าวจำเป็นต้องทำโดยทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญ เนื่องจากมีความซับซ้อนและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โรงพยาบาลปริศัลยกรรมจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการผ่าตัด อุปกรณ์การแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เนื้อหาในบทความนี้ครอบคลุมความหมายและข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น บทบาทพยาบาล ปริศัลยกรรมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังผ่าตัด และแนวทางการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว



รูปที่ 2 รูปนิตยาเข้า Ommaya Reservoir เข้าไปในโพรงสมอง
ที่มา : <https://www.healthline.com/health/ommaya-reservoir#placement>
วาดโดย ธนัษพร ผลทวีชัย

ความหมายและข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir

การผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir เป็นการผ่าตัดเพื่อใส่อุปกรณ์กักเก็บน้ำไขสันหลัง โดย ศัลยแพทย์ทางระบบประสาทจะทำการผ่าตัดฝังอุปกรณ์ดังกล่าวไว้ใต้หนังศีรษะ โดยเชื่อมติดกับสายสวน (Catheter) ที่สอดเข้าไปในโพรงสมอง เพื่อใช้ในการบริหารยาผ่านเข้าทางน้ำไขสันหลัง หรือดึงน้ำไขสันหลังออกมาเพื่อส่งตรวจ มักใช้สำหรับการรักษาโรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งในระบบประสาทส่วนกลาง ชื่ออุปกรณ์มาจากชื่อของ ศัลยแพทย์ทางระบบประสาทชาวปากีสถาน-อเมริกัน คือ นายแพทย์ Ayub Ommaya ที่คิดค้นอุปกรณ์ดังกล่าวในปีค.ศ. 1963 (Zubair & Jesus, 2021) ช่วยทำให้การรักษาโรคมะเร็งได้ผลดียิ่งขึ้น การผ่าตัดนี้มีความซับซ้อนและผู้ป่วยอาจใช้เวลาหลายวันในโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นตัวก่อนกลับบ้าน

ข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir ในการรักษาผู้ป่วย มีดังนี้

1. ให้ยาทางน้ำไขสันหลังเข้าสู่ Ventricle เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัด มีข้อดีคือสามารถให้ยาเข้าสู่ตำแหน่งโดยตรงโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเสี่ยงต่อผลข้างเคียงทางระบบอื่นในร่างกาย ในคนไข้มะเร็ง เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ที่ลุกลามมาสู่เยื่อหุ้มสมองชั้น Leptomeninges (Leptomeningeal metastasis) นอกจากนี้ยังใช้ในการให้ยาระงับปวดในคนไข้มะเร็งอีกด้วย (Zubair and Jesus, 2021)
2. ระบายน้ำในโพรงสมองออกชั่วคราว เช่น ระบายน้ำไขสันหลังออกในเด็กทารก ที่มีภาวะ

น้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่มีเลือดออกสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเจาะน้ำไขสันหลังมาตรวจ กรณีที่มีการติดเชื้อ หรือผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมอง เช่น Craniopharyngioma เป็นเนื้องอกที่โตมาจากขั้วของต่อมใต้สมองขึ้นไปทางโพรงสมองที่สาม (Third ventricle) (Weinera, Chivukulab, Chenc, Dingc, Engha, & Amankulor, 2015) ที่เก็บน้ำไขสันหลังมาตรวจเป็นระยะ

กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir

ดังที่กล่าวมา Ommaya Reservoir มักใช้สำหรับการรักษาโรคมะเร็ง กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir มีหลายกลุ่ม ทั้งโรคทางระบบประสาทและอื่นๆ ตัวอย่างเช่น

1. มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia)

เป็นกลุ่มโรคที่เม็ดเลือดขาวตัวอ่อนมีการแบ่งตัวอย่างไม่หยุดยั้งทำให้สะสมอยู่ในไขกระดูก เซลล์มะเร็งแพร่ไปทั่วร่างกายผ่านระบบเลือดและน้ำเหลือง ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่เซลล์มะเร็งแพร่ผ่าน ทำงานผิดปกติไปเกิดจากการที่มีเม็ดเลือดขาวมากเกินไป โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามการดำเนินโรค ได้แก่ (นพดล ศิริธนารัตนกุล, 2553)

1.1 มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน

เป็นโรคที่มีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวตัวอ่อนที่ไม่สามารถเจริญเป็นเม็ดเลือดขาวตัวแก่ปกติได้ ทำให้มีการเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาวตัวอ่อนอย่างรวดเร็วในไขกระดูก ส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดทุกชนิดลดลง ผู้ป่วยจึงมีอาการผิดปกติในระยะเวลา

อันสั้น ได้แก่อาการอ่อนเพลีย ซีดลงจากภาวะโลหิตจาง มีไข้เนื่องจากการติดเชื้อเนื่องจากเม็ดเลือดขาวตัวแก่ที่มีหน้าที่ป้องกันการติดเชื้อมีปริมาณลดลง และเลือดออกง่ายโดยเฉพาะตามเยื่อบุต่างๆ เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ

1.2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรัง เป็น

โรคที่มีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวอย่างผิดปกติ แต่ยังสามารถเจริญเติบโตเป็นเม็ดเลือดขาวตัวแก่ได้ ทำให้อาการของโรคค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรกผู้ป่วยมักไม่มีอาการ จนกระทั่งปริมาณเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือดสูงขึ้นมาก จนทำให้อ่อนเพลียหรือโลหิตจาง หรือไปสะสมในม้าม ทำให้ม้ามโต ทำให้ท้องอืดหรือคลำได้ก้อนในท้อง เป็นต้น

2. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) เป็นมะเร็ง Lymphoid cell เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกต่อมน้ำเหลือง อาจแพร่ไปในไขกระดูก หรือมีเซลล์มะเร็งในเลือดได้ สาเหตุไม่ทราบแน่ชัดแต่มีความสัมพันธ์กับ พันธุกรรม ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ชนิดของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองสามารถแบ่งได้ 2 ชนิดหลัก โดยการตรวจทางพยาธิวิทยาและการย้อมสีพิเศษ (ลลิตา นรเศรษฐ์ธาดา, 2555)

2.1 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน (Non-hodgkin's lymphoma) พบได้บ่อยร้อยละ 92.1 ของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองทั้งหมด ผู้ป่วยจะมีอาการต่อมน้ำเหลืองโต หรืออาการจากระบบโรคนอกต่อมน้ำเหลือง เช่น ต่อมน้ำลายโต ก้อนที่เต้านม ตับโต ม้ามโต อาจมีอาการแสดงระบบเช่น ภาวะลำไส้อุดตันจากภาวะมะเร็ง

ต่อมน้ำเหลืองที่ผนังลำไส้ ภาวะเม็ดเลือดต่ำ โลหิตจาง การติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวต่ำ อาการทาง autoimmune เช่นข้ออักเสบ

2.2 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน

(Hodgkin's lymphoma) พบได้น้อยร้อยละ 7.9 แต่มีอัตราการรักษาหายและการรอดชีวิตดีกว่า ส่วนใหญ่มาด้วยอาการต่อมน้ำเหลืองโต ปวดที่ต่อมน้ำเหลืองหลังดื่มแอลกอฮอล์ ต่อมน้ำเหลืองยุบลงได้เองแล้วโตขึ้นใหม่ เหนื่อยจากมะเร็งลุกลามไปปอด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ

3. ภาวะมะเร็งลุกลามสู่เยื่อหุ้มสมอง

(Leptomeningeal metastasis)

ภาวะมะเร็งลุกลามสู่เยื่อหุ้มสมองชั้น Leptomeninges หรือช่องว่างใต้เยื่ออะแร็กนอยด์ (Subarachnoid space) นั้นมักเกิดในระยะท้ายของโรค โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของ Systemic cancer พบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อาการของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะมีความผิดปกติของสมองโดยทั่วไป ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure) น้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) อาจมาด้วยอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรืออาการเฉพาะที่ เช่น ชัก อ่อนแรง Leptomeningeal metastasis อยู่ภายใต้การปกป้องของ Blood brain barrier ทำให้ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ไม่สามารถผ่านได้ (เอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์ และอาจรบ คูหาภินันท์, 2556)

4. ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ในทารกแรกเกิด

Hydrocephalus เป็นภาวะที่มีน้ำไขสันหลังคั่งในโพรงสมอง (Ventricle) และในชั้น Subarachnoid ปกติจะมีน้ำไขสันหลัง 500 มิลลิลิตรต่อวัน มากกว่าปริมาณของช่องในโพรงกะโหลกและช่องไขสันหลังจะรับไว้ได้ หากมีการอุดตันหรือบกพร่องในการดูดซึมก็จะเกิด Hydrocephalus ได้ ทารกมักมีอาการศีรษะโตผิดปกติเทียบกับน้ำหนักตัว หน้าผากเด่น หนังศีรษะบางเป็นมัน กระหม่อมใหญ่โต หากเป็นรุนแรงจะอาเจียน ชี้น (ไอยูจูติ ไทยพิสุทธิกุล, 2556)

5. ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage)

ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) พบได้บ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนด หากอาการรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Post-hemorrhagic hydrocephalus : PHH) ตามมาได้ ในเด็กทารกแรกเกิดจะทำผ่าตัดใส่ Ommaya reservoir เพื่อระบายน้ำออกเป็นระยะ เป็นการรักษา

บทบาทพยาบาลปริศัลยกรรม

พยาบาลปริศัลยกรรมมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน

ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด และการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์ที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น ความวิตกกังวล ประวัติการแพ้ยาหรือยาสลับ เป็นต้น เพื่อวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนี้ (รัตติมา ศิริโรหราชย์ และพิกุลทิพย์ หงษ์เทียร, 2556)

1. การเตรียมทางด้านจิตใจ

อธิบายและให้คำแนะนำการผ่าตัดและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เหมาะสม อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมทางร่างกายก่อนผ่าตัด เช่น การโกนศีรษะบริเวณแผลผ่าตัด อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการที่ผู้ป่วยต้องถูกรบกวน จากการประเมิน วัตถุประสงค์ของชีวิตผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม สร้างความไว้วางใจ ควรให้ข้อมูลญาติถึงสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. การเตรียมทางด้านร่างกาย

บทบาทสำคัญของพยาบาลปริศัลยกรรมก่อนการผ่าตัด คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย การประเมินทางด้านร่างกาย และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด มีดังนี้

2.1 การสังเกต ลักษณะการเดิน การทรงตัว การสั่น การอ่อนแรง

2.2 การซักประวัติ ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ความผิดปกติตามระบบ เช่น อ่อนแรง ปวดศีรษะ ตาพร่า ประวัติการแพ้ยาและอาหาร โรคประจำตัวและยาที่รับประทาน รับประทานยาหรืออาหารที่มีฤทธิ์ด้านการแข็งตัวของเลือด เช่น ยาแอสไพริน ยาสมุนไพรวิตามินอี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (Schulman, 2018)

2.3 การตรวจร่างกาย ตรวจร่างกายทั่วไปภายนอก ประเมินสัญญาณชีพ การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of conscious : LOC) สามารถบอกความรุนแรงของพยาธิสภาพหรืออาการบาดเจ็บทางสมองได้ แบ่งเป็น ภาวะตื่นตัว (Alert) สับสน (Confusion) ง่วงซึม (Drowsiness) ซึมใกล้หมดสติ (Stupor) ภาวะกึ่งโคม่า (Semi coma) โคม่าหรือหมดสติ (Deep coma) ตามลำดับ ในปัจจุบันการตัดสินระดับความรู้สึกตัวทางปฏิบัติ นิยมใช้คะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma scale: GCS) ประเมินพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย 3 ด้าน คือ การเปิดตา (Eye opening) การพูด (Verbal response) และการเคลื่อนไหวร่างกาย (Motor response) บันทึกคะแนนการตอบสนองแต่ละด้าน จากนั้นรวมคะแนนมาใช้กำหนดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ต่ำสุดคือ 3 คะแนน สูงสุดคือ 15 ถ้าคะแนนรวมเท่ากับหรือต่ำกว่า 8 ถือว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะโคม่า หรือไม่รู้สึกรู้ตัว (E-V-M) ขนาดรูม่านตาการตอบสนองต่อแสง การทำงานของประสาทสมอง (Cranial nerve) 12 คู่ และกำลังกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว (Motor power)

2.4 ดูแลให้ได้รับยาก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา ได้แก่ ยาแก้ชัก ยาปฏิชีวนะ

2.5 การงดน้ำและอาหารคืบก่อนผ่าตัด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง คือ ตั้งแต่หลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัดจนถึงเช้าวันผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะอาหารว่างป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจขณะดมยาสลบหรือหลังผ่าตัด

2.6 เตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด เพื่อลดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดจากแบคทีเรียที่ผิวหนัง การโกนผมควรทำไถ่ระยะเวลาก่อนผ่าตัดที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการโกนผมทั้งศีรษะ แต่สามารถโกนผมเฉพาะส่วนที่ทำผ่าตัดได้ตามความเหมาะสมโดยนิยมทำในห้องผ่าตัด (ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, 2554)

2.7 ตรวจสอบเครื่องประดับของมีค่าต่างๆ และอวัยวะปลอม เช่น ฟันปลอม คอนแทคเลนส์ เครื่องประดับต่างๆ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น

2.8 ตรวจสอบเอกสาร ได้แก่ ใบอนุญาตผ่าตัด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยหรือญาติได้เซ็นยินยอมผ่าตัดแล้ว ฟลิ้มเอ็กซเรย์ การระบุตำแหน่งในการทำผ่าตัดโดยแพทย์ในใบระบุตัวผู้ป่วย การจ้องเลือดและส่วนประกอบของเลือด

การพยาบาลระยะผ่าตัด

พยาบาลในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) และ พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulating Nurse) ซึ่งต้องประสานงานร่วมกันในระหว่างการผ่าตัด บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในห้องผ่าตัดนอกจากส่งเครื่องมือผ่าตัด หรือช่วยแพทย์ในการผ่าตัด ยังมีหน้าที่รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานความ

ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient safety) จัดเตรียมห้องและอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมใช้ (รูปที่ 3) รวมไปถึงการทบทวนขั้นตอนการทำผ่าตัดตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เพื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นมาตรฐาน และปลอดภัยภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. ซักถามถึงความวิตกกังวลและข้อสงสัย พูดคุย อธิบายให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความกังวล ตรวจสอบชื่อนามสกุล ป้ายข้อมือ และเอกสารของ ผู้ป่วย ให้ถูกต้องตรงกันอีกครั้งก่อนผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ตามมาตรฐานการพยาบาล และนโยบายด้านความปลอดภัย (Patient safety goals) ของโรงพยาบาล

2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด อย่างน้อย 1 ชั่วโมง และทำการขานทวน (Verification) ในขั้นตอนการทำ Time out

3. จัดเตรียมอุปกรณ์จัดทำผ่าตัด และตรวจสอบให้พร้อมใช้ ช่วยศัลยแพทย์จัดทำนอนหงาย โดยใช้อุปกรณ์หมุดยึดศีรษะ (Mayfield) เบาะหนุนเจลรูปเกือกม้า (Horseshoe gel cushion) หรือห่วงยาง (Rubber ring) ขึ้นอยู่กับความต้องการศัลยแพทย์ จัดศีรษะผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (รูปที่ 4 และ 5) แขนทั้ง 2 ข้างวางแนบลำตัว และดูแลไม่ให้แขนผู้ป่วยหล่นลงข้างเตียงผ่าตัด ใช้สายรัดเหนือเข่าเพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นตลอดการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ด้วย Force air warmer



รูปที่ 3 เครื่องมือพื้นฐานที่ใช้ในการทำผ่าตัด

Ommaya

ที่มา ภาพโดย ธนัชพร ผลทวีชัย



รูปที่ 4 จัดท่าผ่าตัดท่านอนหงายวางศีรษะบนห่วงยาง

ที่มา ภาพโดย ธนัชพร ผลทวีชัย



รูปที่ 5 จัดท่าผ่าตัดท่านอนหงายวางศีรษะบน

เบาะหนุนเจลรูปเกือกม้า

ที่มา ภาพโดย ธนัชพร ผลทวีชัย

ตารางที่ 1 ตารางแสดงขั้นตอนการผ่าตัดและการส่งเครื่องมือผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir

ขั้นตอนการทำผ่าตัด	รูปภาพ
1. ศัลยแพทย์ฉีดยาชาเฉพาะที่ 1% Xylocaine with adrenaline บริเวณแผลผ่าตัด 10 ml เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดจากชั้นผิวหนัง	 รูปที่ 6 วาดตำแหน่งผ่าตัด และฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณแผลผ่าตัด
2. ผู้ช่วยศัลยแพทย์ หรือ พยาบาลช่วยรอบนอก ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยา 7.5% Povidine ฟอกศีรษะ 10 นาที จากนั้นศัลยแพทย์ทำด้วยน้ำยา 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol 2 รอบ และปูผ้าปลอดเชื้อคลุมตัวผู้ป่วย โดยมีพยาบาลส่งผ่าตัดเป็นผู้ช่วยเหลือ	 รูปที่ 7 ฟอกทำความสะอาดบริเวณผ่าตัด
3. หลังปูผ้าปลอดเชื้อเรียบร้อยแล้ว บริเวณผิวหนังส่วนที่จะทำการผ่าตัด ติดแผ่นฟิล์มพลาสติกเฉพาะเช่น loban™ สำหรับปกคลุมบริเวณที่ทำการผ่าตัด เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรค ลดอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป้องกันเชื้อโรคจากผิวหนังไม่ให้ตกลงบริเวณแผลผ่าตัด ศัลยแพทย์ใช้มีดเบอร์ 23 ลงแผลผ่าตัดบนตำแหน่งที่วาดไว้ ใช้ Weitlaner Retractor ถ่างแผลไว้ หรือใช้ Arterial clamp โค้งหนีบชั้นใต้หนังศีรษะ แล้วใช้ Towel clip ยึดหัวของ Arterial clamp โค้งกับผ้าปลอดเชื้อเพื่อให้ชั้นหนังศีรษะเปิดออก พยาบาลส่งผ่าตัดจัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้ ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามขั้นตอน	 รูปที่ 8 ลงแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงขั้นตอนการผ่าตัดและการส่งเครื่องมือผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir (ต่อ)

ขั้นตอนการทำผ่าตัด	รูปภาพ
4. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเตรียมอุปกรณ์เจาะกะโหลกศีรษะ เครื่องCraniotome หรือ เครื่องกรอกระดูกความเร็วสูง (High speed drill) ต่อหัว Perforator ให้ ศัลยแพทย์เจาะกะโหลกศีรษะจนถึงชั้น Dura และเตรียมวัสดุห้ามเลือดให้พร้อมใช้ทันที หากมีเลือดออก ได้แก่ Bone wax, Surgicel Absorbable Hemostat ขั้นตอนนี้ หากมีเลือดออกจากกะโหลกศีรษะพยาบาลเตรียมส่ง Bone wax ให้ศัลยแพทย์ใช้ห้ามเลือด	 รูปที่ 9 เจาะกะโหลกศีรษะด้วยเครื่อง Craniotome
5. ศัลยแพทย์ใช้ Blade เบอร์ 11 กรีดเปิดชั้น Dura พยาบาลส่ง Bipolar forceps ให้จับขอบ Dura และ ห้ามเลือด	 รูปที่ 10 เปิดชั้น Dura
6. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดจัดเตรียมอุปกรณ์ Ommaya device โดยตรวจสอบความถูกต้องของอุปกรณ์ และวันหมดอายุ ร่วมกับพยาบาลช่วยเหลืรอบนอกและศัลยแพทย์ก่อนเปิดห่ออุปกรณ์ทุกครั้ง เตรียม Ventricular catheter และ Ommaya reservoir โดยกดป้อนน้ำ (Normal saline, NSS) เข้าใน Reservoir ไม่ให้มีฟองอากาศ และแช่ไว้ใน NSS ผสมยาปฏิชีวนะ (ขึ้นอยู่กับศัลยแพทย์) ประกอบ Ommaya device ทั้ง 2 ส่วน และผูกด้วย Silk 3/0	 รูปที่ 11 ชุดอุปกรณ์ Standard IntegraTM CSF Reservoir

ตารางที่ 1 ตารางแสดงขั้นตอนการผ่าตัดและการส่งเครื่องมือผ่าตัดใส่ Ommaya device (ต่อ)

ขั้นตอนการทำผ่าตัด	รูปภาพ
7. ส่ง Cushing ventricular cannula ให้ศัลยแพทย์แทง Ventricle เพื่อเป็นทางสำหรับใส่สาย Ventricular catheter ที่ประกอบเข้ากับส่วน Ommaya reservoir ไว้เรียบร้อยแล้วในขั้นตอนที่ 6 บางครั้งศัลยแพทย์อาจเลือกใช้ Ventricular catheter ในการแทง Ventricle โดยตรง ซึ่งตำแหน่งความลึกของปลายสายศัลยแพทย์จะทำการวัดจากภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT)	 รูปที่ 12 ศัลยแพทย์ใช้ Cushing ventricular cannula แทงเข้าหา Ventricle
8. ศัลยแพทย์ใส่อุปกรณ์สาย Ventricular catheter และ Ommaya reservoir ที่ประกอบเรียบร้อยแล้วเข้าไปในตำแหน่งที่ถอด Cushing ventricular cannula ออกมา วาง Ommaya reservoir ไว้บนrugae โกลก พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเตรียมวัสดุไหมเย็บ Silk 3/0 ร้อยกับเข็มดورا สำหรับเย็บตรึง Reservoir กับชั้นเยื่อหุ้มเซลล์ที่ครอบคลุมผิวด้านนอกของกะโหลกศีรษะ (Pericranium) ให้ศัลยแพทย์เย็บทั้ง 2 จุด เพื่อให้ Reservoir อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการ	 รูปที่ 13 เย็บ Fix reservoir กับ Pericranium
9. ศัลยแพทย์ล้างแผลผ่าตัดด้วย NSS ไม่ให้มีเศษกระดูกบริเวณแผลผ่าตัดก่อนเย็บปิด และจี้หยุดเลือดบริเวณชั้นใต้หนังศีรษะหากมีเลือดออก เย็บปิดชั้นใต้ผิวหนังด้วย Vicryl3/0 และเย็บปิดชั้นผิวหนังด้วย Nylon3/0 หรือ Skin stapler	 รูปที่ 14 เย็บปิดแผลผ่าตัด

ปัจจุบันการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง หรือการใส่สายสวนเข้าโพรงสมอง มีเทคโนโลยีระบบคอมพิวเตอร์นำวิถี (Navigation system) ซึ่งเป็นอีกทางเลือกที่ศัลยแพทย์เลือกใช้ร่วมกับการผ่าตัด (รูปที่15-17) เพื่อความแม่นยำและตำแหน่งที่ถูกต้อง เหมาะสม ในการวางตำแหน่งของปลายสาย Ventricular catheter ไว้ในโพรงสมองทำให้เห็นความลึกของปลายสาย ณ เวลานั้นๆ หรือเรียลไทม์ (Real time) ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยลง (Weinera, Chivukulab, Chenc, Dingc, Engha, & Amankulor, 2015) รวมทั้งช่วยลดการบาดเจ็บของเนื้อสมอง พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาทักษะไปพร้อมกับเทคโนโลยีการผ่าตัดที่พัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น และสามารถช่วยเหลือทีมศัลยแพทย์ให้การผ่าตัดสำเร็จ



รูปที่ 15 Navigated Disposable Stylet และ Ventricular catheter

ที่มา : ภาพโดย ธนัชพร ผลทวีชัย



รูปที่ 16 ใส่ Ventricular catheter โดยใช้ระบบ Navigation system (Brainlab) ช่วยนำทาง

ที่มา : ภาพโดย ธนัชพร ผลทวีชัย



รูปที่ 17 ใส่ Ventricular Catheter โดยใช้อุปกรณ์ Varioguide (ชุดอุปกรณ์นำร่องสามมิติ) ช่วยนำทาง

ที่มา : ภาพโดย ธนัชพร ผลทวีชัย

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัดมีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดและการได้รับยาบรรเทาความรู้สึก ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ดังนี้ (พิเชต วงรอด และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, 2556)

1. ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นความรู้สึกทั่วร่างกายพยาบาลดูแลให้ได้รับออกซิเจนทันทีหลังถอดท่อช่วยหายใจ

2. ประเมินและบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่นเดียวกับระยะก่อนผ่าตัด

3. สังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir

4. บันทึกสัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดง (SpO_2) เพื่อสามารถวินิจฉัยอาการเปลี่ยนแปลงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

5. ดูแลให้สารน้ำตามหลอดเลือดดำตามการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

6. ดูแลความสะอาดแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เพราะมีการใส่อุปกรณ์เข้าไปใน Ventricle และวางไว้ใต้ผิวหนังบริเวณศีรษะ สังเกตลักษณะแผลว่ามีบวมแดงหรือไม่ หรือผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ไข้ขึ้นสูงเฉียบพลัน หรือไม่

7. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดอาจมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ทำให้มีอาการหนาวสั่นได้

8. ดูแลความสุขสบายและความปลอดภัยทั่วไป เช่น ประเมินระดับ Pain score และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ดูแลความสะอาดร่างกายและแผลผ่าตัด รวมทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดใส่ Ommaya Reservoir ได้แก่ (เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, 2557)

1. มีเลือดออกในสมอง (Subdural hematoma) อาการข้างเคียงที่อาจพบได้ เช่น ชีพ พุดจาสับสน ปวดศีรษะ ควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงของภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure : IICP) ที่ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่การทำงานบางส่วน ดังนี้

- 1.1 ชีตจำกัดในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น
- 1.2 การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ
- 1.3 อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะรุนแรง
- 1.4 อาการอ่อนแรงหรืออัมพาตของแขนขา
- 1.5 ตาพร่ามัว

2. เกิดการติดเชื้อ เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ โพรงสมองอักเสบ โดยสังเกตอาการ ไข้สูง ปวดศีรษะ คอแข็ง

3. ปลายสาย Ventricular catheter ผิดตำแหน่ง โดยหลังผ่าตัดจะมีการตรวจสอบดูด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพื่อดูความถูกต้องของตำแหน่งปลายสาย (Schulman, 2020)

ภายหลังผ่าตัด แพทย์อาจส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบและยืนยันว่า Ommaya catheter อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง หาก

แผลมีอาการติดเชื้อ ให้รีบแจ้งแพทย์เพื่อหาทางแก้ไข ซึ่งบางกรณีอาจจำเป็นต้องผ่าตัดเอา Ommaya Reservoir ออกไป ในระยะยาว หากไม่จำเป็นต้องใช้ Ommaya Reservoir ในการรักษาแล้วสามารถผ่าตัดเอาออกได้ภายหลัง

การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

พยาบาลควรให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองหลังผ่าตัดใส่ Ommaya reservoir ดังนี้ (Schulman, 2018)

1. ดูแลให้แผลแห้งจนกว่าแพทย์นัดตัดไหม หรือนำลวดเย็บผิวหนัง (Skin stapler) ออก งดสระผมจนกว่าแผลจะหายดี

2. หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บบริเวณนั้น ระมัดระวังการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่เสี่ยงต่อการกระทบบริเวณศีรษะ เช่น ฟุตบอล มวยไทย อย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด หลังจากนั้นควรสวมเครื่องป้องกันอย่างเหมาะสม

3. หลังการผ่าตัดใส่ Ommaya reservoir ที่แผลหายดีเป็นปกติแล้ว ไม่จำเป็นต้องดูแลเป็นพิเศษ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ

4. เมื่อมีอาการผิดปกติเหล่านี้ ให้รีบมาพบแพทย์ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38°C แผลบวมแดง ปวดบริเวณแผลผ่าตัด แผลแยก หรือมีของเหลวไหลออกจากบริเวณแผล คอแข็ง ปวดศีรษะ อาเจียน ง่วงซึม

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง

การพยาบาลปริศัลยกรรมมีบทบาทในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยเน้นการให้คำแนะนำคำปรึกษา แก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กซึ่งอาจจำเป็นต้องสื่อสารเพิ่มเติมกับ

ผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม โดยมีแนวทางดังนี้ (วชิราภรณ์ แก้วมัตย์, 2562)

1. ให้ความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเรื่องโรคที่เป็น สาเหตุ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลรักษาโรคเมื่อกลับบ้าน เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การทำแผล สังเกตลักษณะแผล เป็นต้น

2. ให้คำแนะนำในการใช้ยาการรับประทาน ยา ผู้ป่วยผ่าตัด Ommaya device ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ยารักษาโรคมะเร็งอาจมีผลข้างเคียงของยาทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ภูมิคุ้มกันต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ พยาบาลควรให้ข้อมูลถึงผลข้างเคียงของยาชนิดอื่นๆ แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลา แจ้งข้อห้ามในการใช้ยาประเภทต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ เช่น ยาหม้อหรืออื่นๆ

3. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้สะอาด ป้องกันการติดเชื้อ เช่น ล้างมือ และอื่นๆ

4. รับฟังและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องความกังวลต่างๆ ให้คำแนะนำ ตอบข้อสงสัย

5. แนะนำให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด เช่น แผลแยก ไข้ขึ้นสูง เป็นต้น ติดต่อประสานงาน แนะนำศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสถานพยาบาลใกล้บ้าน และช่องทางในการติดต่อสื่อสารเมื่อเกิดปัญหากรณีฉุกเฉิน การส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ อาหารที่ควร

รับประทานและที่ควรหลีกเลี่ยง ผู้ป่วยมะเร็งที่อาจมีอาการเบื่ออาหารหรือคลื่นไส้อาเจียน อาจให้รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด รับประทานอาหารย่อยง่ายและปรุงสุก

สรุป

การผ่าตัด Ommaya reservoir เป็นการผ่าตัดใส่สาย Ventricular catheter ลงใน Ventricle ซึ่งต่อกับ Ommaya reservoir ที่วางอยู่ใต้ชั้นผิวหนังเหนือกะโหลกศีรษะ มีความสำคัญใช้ในการรักษาผู้ป่วยได้หลากหลาย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ใช้ในการให้ยาเคมีบำบัด ยาแก้ปวด ยา

ปฏิชีวนะ เข้าสู่ไขสันหลังโดยตรง ในผู้ป่วย Hydrocephalus ใช้ดูดน้ำไขสันหลังไปตรวจและใช้ระบายน้ำไขสันหลังได้ ทั้งนี้ ตำแหน่งของปลายสาย Ventricular เป็นสิ่งสำคัญ ปัจจุบันจึงมีการใช้ระบบคอมพิวเตอร์นำวิถีมาช่วยในการผ่าตัดพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการผ่าตัด และอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ เพื่อพัฒนาความรู้ตนเองให้ทันวิทยาการก้าวหน้าสมัยใหม่อยู่เสมอ และสามารถนำไปใช้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Ommaya reservoir ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางระบบประสาท ใน เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และนภาพร วาณิชยกุล (บ.ก.). *สาระหลักทางการพยาบาลศาสตร์เล่ม1* (น. 39-44). กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- นพดล ศิริธนารัตนกุล. (2553). *โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. สืบค้น จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=323>
- พิเชต วงรอด และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. (2556). การประเมินและการตรวจวินิจฉัยทางระบบประสาท. ใน เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และนภาพร วาณิชยกุล (บ.ก.). *สาระหลักทางการพยาบาลศาสตร์เล่ม1* (น. 17-32). กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา, ฝ่ายรังสีวิทยา. (2559). *มะเร็งระยะแพร่กระจายไปที่สมอง*. สืบค้นจาก <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=239>
- รัตติมา ศิริโหราชัย และพิกุลทิพย์ หงษ์เหิร. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. ใน อุษาวดี อัครวิเศษ (บ.ก.). *สาระหลักทางการพยาบาลศาสตร์เล่ม 2* (น. 159-160). กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- ลลิตา นรเศรษฐ์ธาดา. (2555). *ลิวคิเมีย*. สืบค้นจาก <http://tsh.or.th/Knowledge/Details/51>
- วชิราภรณ์ แก้วมาตย์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองด้วยระบบนำวิถีแบบ Frame-based และ Frameless. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(4), 18

- ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร. (2554). การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด. ใน นัทธมน วุฒานนท์ (บ.ก.). *การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม* (น. 31-33). เชียงใหม่: บริษัทนันทพันธ์พรินต์ติ้งจำกัด.
- เอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์ และอาจารย์ คุณาภินันท์. (2556). มะเร็งต่อมน้ำเหลือง. ใน อธิระ ฤชตระกูล (บ.ก.). *โลหิตวิทยาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ* (น. 134-143). กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- ไวยวุฒิ ไทยพิสุทธิกุล. (2556). Leptomeningeal metastasis. ในชัยภัทร ชุณหรัศมิ์, ไวยวุฒิ ไทยพิสุทธิกุล, ณัฐ พสุธารชาติ และนิจศรี ชาญณรงค์ (บ.ก.). *Basic and Clinical Neuroscience5* (น. 238-246). กรุงเทพมหานคร: คลาสสิกสแกน.
- Arshad Zubair and Orlando De Jesus. (2021). *Ommaya Reservoir*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559011/>
- Gregory M. Weinera, Srinivas Chivukulab, Ching-Jen Chenc, Dale Dingc, Johnathan A. Engha, & Nduka Amankulor. (2015). Ommaya reservoir with ventricular catheter placement for chemotherapy with frameless and pinless electromagnetic surgical neuronavigation. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, (Research Report). Netherlands: Elsevier. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2014.12.018>
- Jill Seladi-Schulman. (2018). *Ommaya Reservoirs*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/ommay-reservoir>
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center. (2021). *Ommaya Reservoir Placement Surgery for Pediatric Patients*. Retrieved from <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/about-your-ommay-reservoir-placement>
- Zubair A, De Jesus O. Ommaya Reservoir. [Updated 2021 Aug 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8844441/>

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นวารสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีระบบการประเมินบทความต้นฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาอย่างน้อย 3 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

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

1. **พิมพ์ต้นฉบับ** ในกระดาษ A4 หนึ่งหน้าเดียว 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 รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความฯ และไม่ควรเกิน 20 รายการ

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

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

บทความด้วย และให้ระบุ email ของผู้เขียนหรือ ผู้นิพนธ์หลักไว้ในส่วน Corresponding author และ เบอร์โทรศัพท์ 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 สรุปและขอเสนอแนะ (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 จะต้องมีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. รูปแบบของการเขียนบทความ

8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ ดังนี้

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

8.1.2 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

8.1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8.1.4 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย ต้องอธิบายพร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอสังเขป

8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตาราง 1

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

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

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

8.2 บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

8.2.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ, คำสำคัญและ Keywords อยู่หน้าแรก และหน้า ที่ 2

8.2.2 เนื้อหาบทความอยู่หน้าที่ 3 ประกอบด้วยบทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป โดยเนื้อหาบทความควรเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ และนำไปสู่บทสรุป ข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล

9. การเขียนอ้างอิง

การเขียนอ้างอิงประเภทต่างๆ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ APA (6th edition) ดังตัวอย่าง

9.1 อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

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

9.2 อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

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

หนังสือแปล	ชื่อ/สกุล./ (ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./[ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ]/(ชื่อผู้แปล/ผู้แปล)/พิมพ์ครั้งที่/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	สตีเฟน วิลเลียม ฮอว์คิง. (2552). <i>ประวัติย่อของกาลเวลา ฉบับภาพประกอบ</i> . [The illustrated: A brief history of time]. (ปิยบุตร บุรีคำ 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/(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรีหรือวิทยานิพนธ์ปริญญาโท/ปริญญาเอก)/ชื่อมหาวิทยาลัย/ชื่อเมือง.
ตัวอย่าง	สมหมาย ธีรวิทยาคม. (2547). <i>ประสบการณ์การนอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)</i> (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม. Sirinoot Teanrunroj. (2005). <i>The Development of an innovative integrated approach to ICI-Mediated learning in science</i> (Doctoral dissertation). Srinakharinwirot University, Bangkok.

9.4 อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ และวิจัย (ต่อ)

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

9.5 รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding) ในรูปแบบหนังสือและออนไลน์

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

9.6 สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

9.6.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (eBook)

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

9.6.2 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

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

9.6.3 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ปรากฏเลข DOI

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

9.6.4 ข้อมูลจาก Website

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

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

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

10. การส่งบทความ

10.1 ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา และหากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

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

11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

11.1 กองบรรณาธิการ จะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุด จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) อย่างน้อย 3 คน ซึ่งกระบวนการประเมินจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือ ผู้ประเมินและผู้รับการประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด เพื่อคุณภาพของบทความ การพิจารณาตัดสินการรับตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการรับ

ตีพิมพ์บทความขึ้นอยู่กับผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามคน ส่วนการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นกับบรรณาธิการวารสารฯ โดยบรรณาธิการจะส่งผลการพิจารณาไปยังผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน อาจเป็นการตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์ กรณีเป็นการตอบรับการตีพิมพ์ส่วนใหญ่จะมีข้อเสนอแนะให้มีการปรับแก้ไขตั้งแต่การปรับแก้ไขเพียงเล็กน้อยจนถึงการปรับแก้ไขระดับมาก เพื่อให้บทความวิชาการและบทความวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

11.2 ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน

11.3 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนภายในสถาบันกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.4 บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขพร้อมชี้แจงการปรับแก้ไขในรูปแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมล์วารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.7 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นการคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุน 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

ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่*

บุษบา เนติสารยากร**, บุหงา ตโนภาส***, เอื้องพร เผ่าเจริญ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา 1) ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล กับพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล กับการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และ 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ระหว่างกลุ่มพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ พยาบาลพี่เลี้ยง และหัวหน้าหอผู้ป่วย

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ในปี พ.ศ. 2561 และปฏิบัติงานประจำต่อเนื่องระยะเวลา 1 ปี ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 153 คน 2) พยาบาลพี่เลี้ยงที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาให้เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และ 3) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ปฏิบัติงานอยู่ร่วมกัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล (2) แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และ (3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient และ One-way ANOVA

ผลการวิจัย: พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่มีทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับดี-ดีมาก ($M=3.85$, $S.D.=0.32$, $M=4.34$, $S.D.=0.40$, $M=4.23$, $S.D.=0.48$ ตามลำดับ) ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลและการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.606$, $p<.01$ และ $r=.630$, $p<.01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และสมรรถนะหลักขององค์กรของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลพี่เลี้ยง และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ($F=40.07$, $p<.001$ และ $F=19.77$, $p<.001$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยนี้สามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ โดยควรส่งเสริมทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมต่อผู้ป่วยด้านการบอกความจริง รวมทั้งสมรรถนะของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำความรู้มาแลกเปลี่ยนแบ่งปันกับเพื่อนร่วมงานและการบริหารแผนการทำงาน

คำสำคัญ: ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล, พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล, การรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กร, พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2564 หน้า 1-21

* ทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลสภากาชาดไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

**ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 งานบริหารทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

****ผู้ตรวจการพยาบาล งานบริหารทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Corresponding author, e-mail: netisaraya.trc@gmail.com Tel 081-540-0990

วันที่รับบทความ: 31 มีนาคม 2564, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 1 พฤษภาคม 2564, วันที่ตอบรับบทความ: 24 พฤษภาคม 2564

Attitude towards Nursing Profession, Ethical Behaviors in Nursing Practice and Perception on Core Competencies of Newly Graduated Nurses*

Busaba Netisarayaphakorn**, Bu-Ngah Tanopas***, Ueangphon Phaocharoen****

Abstract

Purpose: The purposes of this research are to study 1) attitude towards nursing profession, ethical behaviors in nursing practice and perception on core competency; 2) the relationship between attitude towards nursing profession and ethical behaviors in nursing practices of newly graduated nurses; 3) the relationship between attitude towards nursing profession and perceptions of core competency of newly graduated nurses; and 4) comparison of differences of ethical behaviors in nursing practices and perceptions of core competencies among newly graduated nurses, preceptor nurses, and head nurses.

Design: Descriptive research

Method: The samples consisted of 1) newly graduated of 153 nurses in 2018 and continue working at KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL and THAI REDCROSS SOCIETY 2) preceptor nurses that was assigned from head nurses and 3) head nurses of the ward where preceptor nurses and newly graduated nurses were working together. The research instruments consisted of attitudes toward nursing profession questionnaire, ethical behaviors in nursing practice questionnaire and perception of core competencies questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and one way ANOVA.

Main findings: The results revealed that the mean score of attitude towards nursing profession, ethical behaviors in nursing practices and perceptions of core competencies of newly graduated nurses were at high level ($M=3.85$, $S.D.=0.32$, $M=4.34$, $S.D.=0.40$, $M=4.23$, $S.D.=0.48$, respectively). Attitudes towards nursing professional had statistically positive relationship with ethical behaviors in nursing practice and perception of core competencies ($r=.606$, $p<.01$, $r=.630$, $p<.01$, respectively). In addition, the research showed that ethical behaviors in nursing practice and perception of core competencies in newly graduated nurses were statistically different among head nurses, preceptor nurses, and newly graduated nurses ($F=40.07$, $p<.001$ and $F=19.77$, $p<.001$, respectively).

Conclusion and recommendations: The result of this study could be applied to the direction of plan development by promoting attitude towards nursing profession emphasizing on ethical behaviors in truth telling. Also, core competencies in result-oriented improvement dimension, specifically in the knowledge sharing and managing working plans should be carried out.

Keywords: Attitude towards nursing profession, Ethical behaviors in nursing practice, Perception of core competencies, Newly graduated nurses

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021, 8(1), 1-21

*Research funding from the Thai Red Cross Nurses' Alumni Association Under the Royal Patronage of H.R.H. Princess Maha Chakri Sirindhorn

**Special Nurse Practitioner 7, HRM Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society

***Assistant Professor, School of Nursing Study, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

****Senior Nurse Manager, HRM Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society

Corresponding author, e-mail: netisaraya.trc@gmail.com Tel 081-540-0990

Received: 31 March 2021, Revised: 1 May 2021, Accepted: 24 May 2021

ตัวอย่างบทความวิชาการ

สารสนเทศทางการพยาบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

พรทิพย์ จอกระจ่าย*, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล*

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ไปทั่วโลกตั้งแต่เดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 เป็นต้นมา ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก นั้น การนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ถือเป็นเครื่องมือหลัก และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการบริหารจัดการระบบสุขภาพทั่วโลกให้มีประสิทธิภาพ สำหรับประเทศไทย การประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย “ไทยแลนด์ 4.0” ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพยุคใหม่ ไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนของประเทศ

สารสนเทศทางการพยาบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน เนื่องจากพยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่หลากหลาย รวมทั้งโรคอุบัติใหม่ โดยพบว่า หากพยาบาลมีการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในกระบวนการดูแล โดยสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการพยาบาลและการรักษา ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดความผิดพลาดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้อย่างเป็นระบบและรวดเร็วมากขึ้น ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

คำสำคัญ : สารสนเทศทางการพยาบาล, ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, ไทยแลนด์ 4.0

Nursing Informatics in Emergency Medical Service System

Porn-tip Jekkrajai*, Jutarat Poopitukkul*

Abstract

The outbreak of the corona virus disease 2019 (COVID-19) has become an ongoing pandemic around the world since December 2019, as announced by the World Health Organization. Information technology (IT) has been integrated for use as a main tool and become a strategy to manage health systems worldwide more effectively. In Thailand, the application of information technology is a part of the "Thailand 4.0" policy that emphasizes the use of technology and innovation in order to maximize benefits for social, economic development and the new era of health service systems to gain stability, prosperity and sustainability of the country.

Nowadays, nursing informatics is very crucial in the emergency medical service system. Nurses are required to build up their capacity even more to manage with complex health care issues including emerging diseases. If nurses apply IT for emergency management in collaboration with other health professionals, this will lead to positive outcomes in caring process. It will increase the efficiency of services and treatment, increase the survival rates, minimize potential errors and complications, increase customer satisfaction, as well as enhance systematic and faster work system in assisting patients with emergency illnesses.

Keywords: Nursing informatics, Emergency medical service system, Thailand 4.0

www.christian.com

มหาวิทยาลัยคริสเตียน วิทยาเขตหลักนครปฐม

144 หมู่ 7 ต. กอนยายหอม อ. เมืองนครปฐม

จ.นครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555, 081-9419995

โทรสาร 0-3427-4500

มหาวิทยาลัยคริสเตียน ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์

ชั้น 8-9 อาคารสภาคริสตจักรในประเทศไทย

เลขที่ 328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

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