

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.

db3b2ffaa87eed804cea3430fac34c299b6baa0521e97f62badeffc4b820cc98

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

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565 Vol. 9 No. 2 July-December 2022

College of Nursing
Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565 Vol. 9 No. 2 July-December 2022

ISSN 2408-0934



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565

Vol. 9 No. 2 July-December 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 |

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ :

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

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์บทความวิจัย (Research article) และบทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการและผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) กระบวนการประเมินคุณภาพนี้ ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบว่าผู้แต่งเป็นใคร และผู้แต่งจะไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ประเมินบทความของตน แบบ Double-blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตรงสาขาหรือเกี่ยวข้องกับสาขาไม่น้อยกว่า 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 ตำบลดอนยายหอม 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.วรวรรณ	ทิพย์วาริรมย์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล	ปทุมรักษ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา	ต่อสกุลแก้ว	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์	เที่ยงจรรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร	บุญญโสพรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา	แดงด้อมยุทธ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	พูลรักษ์	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
26. อาจารย์ ดร.กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ Editor's Message

๗

บทความวิจัย

- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
ของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4
Factors Related to Job Satisfaction among Nurses
in Primary Care Units of Service Health Region 4
มินตรา รวงผึ้ง
Mintra Ruangpung
1-18
- ❖ การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก
Development of Management Systems for Cataract
Surgery Patients
สุภัทรา อยู่สุข
Supatsara Yusuk
19-39
- ❖ ผลของการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น
ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี
ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด
The Effects of Knowledge Management of First-Line Nurse
Managers for Patient Preparation of Medical Imaging via
Intravenous Administration of Contrast Media
วราภรณ์ ชัยปลัด
Waraporn Chaipalad
40-54

บทความวิชาการ

- ❖ การอ่านฉลากโภชนาการ : ความสำคัญที่ควรเริ่มต้นในเด็ก
Reading Nutrition Label : The Importance Should Begin
with the Child
สุภาพร เชยชิด
Supaporn Chaychit
55-69
- ❖ การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ
Nursing Care of the Patient with Central Line-Associated
Bloodstream Infection (CLABSI) : Comparative Case Studies
ปาไลดา นราวุฒิพร
Palida Narawutthiporn
70-87

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) จึงได้นำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 นี้เข้าสู่ระบบ ThaiJO โดยสมบูรณ์ วารสารฉบับนี้มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4 การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อจาก และผลของการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด รวมถึงบทความวิชาการเกี่ยวกับการอ่านฉลากโภชนาการ : ความสำคัญที่ควรเริ่มต้นในเด็ก และการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ บทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน และการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการได้

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4*

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

บทคัดย่อ

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

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์

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

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

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารควรจัดสรรสวัสดิการ สิ่งสนับสนุนการทำงาน และจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการทำงานและรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

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

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และเป็นโครงการย่อยภายใต้โครงการวิจัย เรื่อง “บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” ของสภาการพยาบาล และได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสภาการพยาบาล และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

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

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

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

Abstract

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

Design: Descriptive Correlational Research

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

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

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

Keywords: Registered nurse, Primary care unit, Job satisfaction

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

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

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

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

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

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

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) เป็นระบบบริการด้านแรกของประชาชน พัฒนาขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง (กองออกแบบ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในลักษณะผสมผสาน 4 มิติ ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยแนวคิดแบบองค์รวมให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ของการบริการที่ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ระบบบริการปฐมภูมิพัฒนารูปแบบจากสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในปัจจุบัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2560; อมร นนทสุต, 2556) โดยแบ่งขนาดตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบเป็น 3 ขนาด คือ ขนาดเล็ก (S) ขนาดกลาง (M) และขนาดใหญ่ (L) ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมีการถ่ายโอน รพ.สต.บางส่วนมาอยู่ภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงมหาดไทย จึงขออนุญาตคงไว้เช่นเดิม (สมยศ แสงมะโน, สุพรชัย ศิริโวหาร และกัลทิมา พิชัย, 2557) และในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC) เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชน 10,000 คน ต่อหนึ่งทีม โดยให้บริการแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ลดปัญหาและความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ (โสภณ เมฆธน, 2559) ตลอดจนปี พ.ศ. 2562 ได้มีการส่งเสริมและพัฒนาระบบให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

ภาคเอกชน และประชาชน ในการดูแลสุขภาพและส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้าที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ (พัทลิสมา ภัทรธีรานนท์, นิภาวรรณ ศรีโยหะ, พัทธกรพจน์ ศรีประสาร และรุ่งทิพา เสาวนีย์, 2564) สภาการพยาบาลกำหนดมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ ให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ดูแลประชากรไม่เกิน 2,500 คน ครอบครัวไม่เกิน 250 ครอบครัว และมีพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด หรือมีวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลชุมชน หรือมีวุฒิบัตรพยาบาลผู้ปฏิบัติขั้นสูง สาขาวิชาการพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 1 คน ในทุกหน่วยบริการสุขภาพ มีลักษณะงานหลัก 3 ด้าน คือ ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ ทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ ติดต่อประสานงานรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของประชากรในพื้นที่เขตรับผิดชอบ (สภาการพยาบาล, 2548)

การที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น มีปัจจัยหลายส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (Job satisfaction) เป็นหนึ่งในปัจจัยดังกล่าว (Aron, 2015) บุคลากรที่มีความพึงพอใจในงานจะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่หากบุคลากรที่ไม่มีความพึงพอใจในงานจะเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนล้า เครียด ไม่มีความสุข ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของบุคลากร นอกจากจะเป็นสาเหตุให้บุคลากรขาดงาน เปลี่ยนหรือโยกย้ายงาน รวมทั้งลาออกจากงานแล้ว (Chien & Yick, 2016;

Oktizulvia, Dachriyanus & Vionalisa, 2017) ยังส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของการดูแล และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอีกด้วย (Chien & Yick, 2016)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล เช่น การที่มีภาระงานมากแต่บุคลากรน้อย มีการทำงานด้านบริหารมากกว่างานด้านบริการ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ใช้บริการ ขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ความรู้ความสามารถในการให้บริการที่เฉพาะ (อดิธยาน์ ศรีเกษตริน โศตรีย์ แพน้อย และชูลีพร เอกรัตน์, 2555) ความต้องการเข้ารับการศึกษอบรมเพิ่มเติม แต่ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้บริหาร (รัชตวรรณ ศรีตระกูล และชนิษฐา นันทบุตร, 2564) รวมทั้งอายุที่มากขึ้น ภาระงานมากขึ้น แต่มีความก้าวหน้าและค่าตอบแทนต่ำ (Oktizulvia, Dachriyanus & Vionalisa, 2017) พยาบาลต้องขึ้นเวรหนัก พักผ่อนน้อย เจ็บป่วยง่าย เกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน นำมาซึ่งการลาออกของพยาบาลในที่สุด (สมจิต แดนสีแก้ว, นฤมล สิงห์ตง, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, และปิยนุช บุญกอง, 2560)

เขตบริการสุขภาพที่ 4 รับผิดชอบ 8 จังหวัด ดูแลประชากร 3,759,170 คน มีพยาบาลวิชาชีพประจำ 970 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) คิดเป็นอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพประจำต่อประชากร เท่ากับ 1: 3,875.43 คน ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่มากกว่ามาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ อาจส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการสำรวจความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรเขตบริการสุขภาพที่ 4 ในปีงบประมาณ

2555 พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจอยู่ที่ ร้อยละ 74.3 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ คือ ร้อยละ 80 (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักตรวจและประเมินผล, 2555) ซึ่งภายหลังมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและนโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแล้วยังไม่มีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้ และที่ผ่านมาเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ เท่านั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยด้านกระบวนการ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพเขต 4 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการ และองค์กรวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้าง คือ คุณลักษณะของหน่วยบริการ และคุณลักษณะของพยาบาล และปัจจัยด้านกระบวนการ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะของหน่วยบริการ ได้แก่ ขนาดของหน่วยบริการ และการถ่ายโอนอำนาจ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

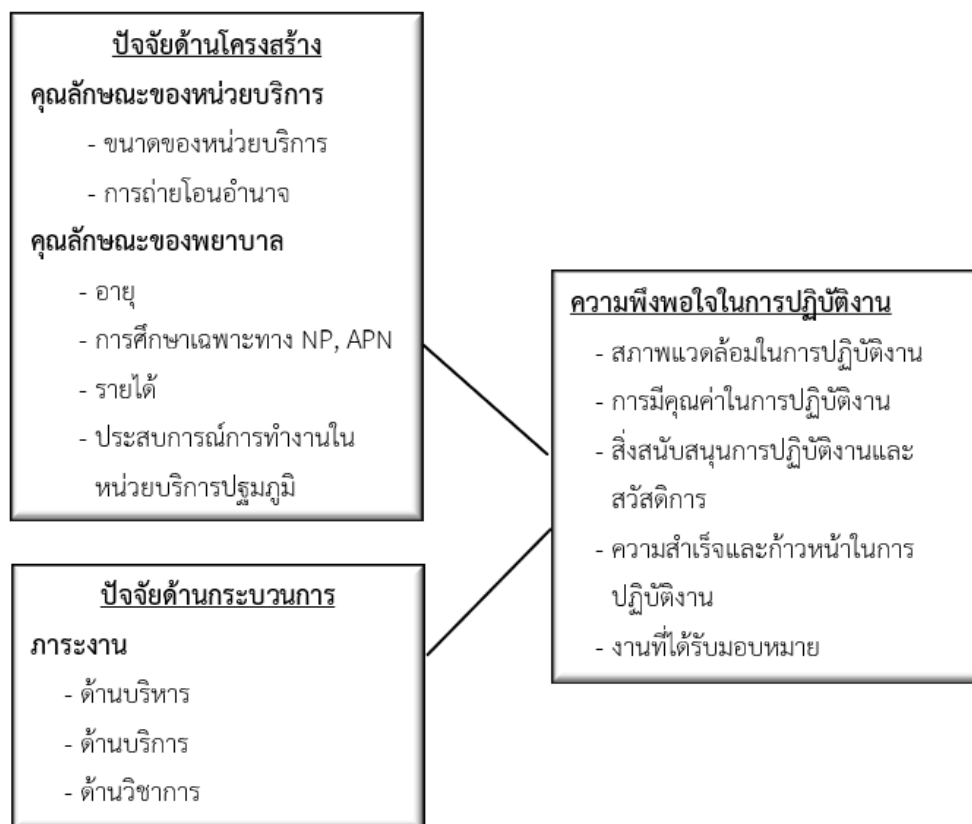
2. คุณลักษณะของพยาบาล ได้แก่ อายุ การศึกษาเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (Nurse practitioner: NP) และการศึกษาเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice nurse: APN) รายได้ และประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. กระบวนการ ได้แก่ ภาระงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของการดูแลในสถานบริการสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988; 2003) ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) หมายถึง ทรัพยากรวัสดุ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล เช่น จำนวนคุณสมบัติ สมรรถนะและความหลากหลายของวิชาชีพของผู้ให้บริการ บุคลากรสนับสนุน และลักษณะองค์กร เช่น องค์กรแพทย์และองค์กรพยาบาล การศึกษาวิจัยและการเรียนการสอน การ

กำกับดูแลและการตรวจสอบประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน ระบบการชำระเงิน 2) ด้านกระบวนการ (Process) หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและด้านผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลมาจากการให้การดูแล ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยด้านโครงสร้างที่เป็นคุณลักษณะของหน่วยบริการ ได้แก่ ขนาดของหน่วยบริการ และการถ่ายโอนอำนาจ และคุณลักษณะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ อายุ การศึกษาเฉพาะทาง NP และการศึกษาเพื่อเป็น APN รายได้ และประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจัยด้านกระบวนการ คือ ภาระงานที่พยาบาลปฏิบัติทั้งหมด ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ และ 3) ผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน การมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงาน และสวัสดิการความสำเร็จและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน และงานที่ได้รับมอบหมาย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง “บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” ของสภาการพยาบาล (สุวรรณ จันทรประเสริฐ และคณะ, 2563)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 970 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4

โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage stratified sampling สุ่มร้อยละ 50 ของพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 ได้จำนวน 4 จังหวัด คือ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และลพบุรี เลือกศึกษา 3 อำเภอจาก 1 จังหวัด โดยใช้เกณฑ์ที่ว่าอย่างน้อย 1 อำเภอต้องมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผู้วิจัยคำนวณค่า r เกลี้ย โดยใช้สูตรของ Faul, Erdfelder, Lang & Buchner (2007; 2009) และนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 158 คน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย สุ่มตัวอย่างตามขนาดของหน่วยบริการใช้เกณฑ์จำนวนประชากรที่หน่วยบริการรับผิดชอบ แบ่งออกเป็น ขนาด S, M และ L (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ด้วยวิธี Proportional allocation ในอัตราส่วน 1:1.5:2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินพัฒนาโดยสภาการพยาบาลจากโครงการวิจัยหลัก (สุวรรณ จันทรประเสริฐ และคณะ, 2563) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การขึ้นทะเบียนพยาบาล NP/APN การศึกษาเฉพาะทาง NP/APN ตำแหน่งงานปัจจุบัน รายได้ที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประสบการณ์การทำงาน พยาบาล ประสบการณ์การทำงาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ และเวลาที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการแห่งนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณลักษณะของหน่วยบริการ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ ขนาดของหน่วยบริการ และสังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาระงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) สัดส่วนของงานที่ปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 4 ข้อ ให้ระบุค่าร้อยละ ประมาณตามน้ำหนักของงานที่ปฏิบัติเป็นประจำในหน่วยบริการ โดยร้อยละของการปฏิบัติงานมาก หมายถึง มีการปฏิบัติงานในด้านนั้นมาก ร้อยละของการปฏิบัติงานน้อย หมายถึง มีการปฏิบัติงานในด้านนั้นน้อย (r รายชื่ออยู่ระหว่าง

.57- .85) 2) ภาระงาน แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ จำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 = ไม่ได้ปฏิบัติงานนั้น จนถึง 4 = ปฏิบัติงานนั้นมากที่สุด แปลผล 0-0.50 = ไม่ได้ปฏิบัติ, 0.51-1.50 = ปฏิบัติน้อย, 1.51-2.50 = ปฏิบัติปานกลาง, 2.51-3.50 = ปฏิบัติมาก, และ 3.51-4.00 = ปฏิบัติมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน การมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานและสวัสดิการ ความสำเร็จและก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน และงานที่ได้รับมอบหมาย ลักษณะคำตอบแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = รู้สึกไม่พึงพอใจเลย จนถึง 5 = รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด แปลผล 1.00-1.50 = พึงพอใจน้อยที่สุด, 1.51-2.50 = พึงพอใจน้อย, 2.51-3.50 = พึงพอใจปานกลาง, 3.51-4.50 = พึงพอใจมาก, และ 4.51-5.00 = พึงพอใจมากที่สุด และมีคำถามปลายเปิด 3 ข้อ ที่ถามเกี่ยวกับ 1) ความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร 2) พยาบาลมีความสามารถปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายหรือไม่ และพึงพอใจกับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายหรือไม่ อย่างไร และ 3) ข้อคิดเห็นอื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล ประกอบด้วยที่ปรึกษาโครงการวิจัยหลัก ผู้บริหารองค์การวิชาชีพ นักวิชาการทางการพยาบาลจากสถาบันการศึกษาต่างๆ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จำนวน 22 ท่าน และ

แบบสอบถามทั้งหมดได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อ (I-CVI) 0.80-1.00 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) 0.94 โดยนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. 10 แห่ง จำนวน 21 คน และวัดซ้ำอีกครั้งหลังจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วย Pearson's product moment correlation coefficient ได้ค่า r อยู่ระหว่าง 0.55-0.92 มีค่าความเชื่อมั่นระดับปานกลางถึงสูง ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล นำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ $\alpha=0.94$ อยู่ในระดับสูงมาก

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการโทรศัพท์ และเดินทางไปพบด้วยตนเองในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกให้เข้าพบ เพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัย เมื่อพยาบาลสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องไปให้กลุ่มตัวอย่างทำด้วยตนเอง โดยมอบแบบสอบถามพร้อมซองจดหมายปิดผนึกส่งกลับผู้วิจัยโดยตรง หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ก่อนนำมาวิเคราะห์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2562 มีอัตราการตอบกลับ คิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. MURA2019/613 และ

ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ดำเนินการศึกษาได้ การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานและสวัสดิการที่ได้รับ เมื่อตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้วให้ลงนามในใบยินยอมผลการวิจัยนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Spearman's Rank Correlation และ Point Biserial Correlations วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิดโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งนำเสนอเพียงส่วนหนึ่งประกอบข้อมูลที่เป็นผลจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.70 และร้อยละ 74.70 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี อายุเฉลี่ย 43.77 ปี (S.D.=8.99) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.40 รองลงมาคือปริญญาโท สาขาการพยาบาลชุมชน/การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ร้อยละ 10.80 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเฉพาะทาง NP ร้อยละ 74.70 และร้อยละ 1.90 ได้รับการศึกษาเพื่อเป็น APN โดยร้อยละ 46.80 มีรายได้ต่อเดือน 35,001-50,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 39,147.33 บาท (S.D.=12777.55) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานพยาบาลเฉลี่ย 20.80 ปี (S.D.=9.24) และร้อยละ 43.70 มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่า 10 ปีขึ้นไป

รองลงมาคือ 1-2 ปี ร้อยละ 27.80 เฉลี่ย 9.81 ปี (S.D.=8.17) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลชำนาญการ ร้อยละ 72.80 โดยร้อยละ 60.80 รับผิดชอบปฏิบัติงานทั้งในเวลาราชการ นอกเวลาราชการตอนเย็น วันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุด นักชดถุข/วันหยุดพิเศษของทางราชการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะของพยาบาล (n=158)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	156	98.70
ชาย	2	1.30
อายุ (ปี) (Min=22.00, Max=60.00, Mean=43.77, S.D.=8.99)		
20-40	40	25.30
41-60	118	74.70
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	135	85.40
ปริญญาโท	23	14.60
การพยาบาลชุมชน / การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	17	10.80
การพยาบาลสาขาอื่นๆ	3	1.90
ไม่ใช่ทางการพยาบาล	3	1.90
การได้รับการศึกษาเฉพาะทาง		
ไม่ได้รับ	37	23.40
ได้รับการศึกษาเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP)	118	74.70
มีการขึ้นทะเบียนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP)	116	98.31
ไม่มีการขึ้นทะเบียนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP)	2	1.69
ได้รับการศึกษาเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)	3	1.90
มีการขึ้นทะเบียน APN สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน/การพยาบาลชุมชน	2	66.70
มีการขึ้นทะเบียน APN สาขาอื่นๆ	1	33.30
รายได้ต่อเดือน (บาท) (Min=7,300.00, Max=70,000.00, Mean=39,147.33, S.D.=12777.55)		
5,000-20,000	20	12.60
20,001-35,000	39	24.70
35,001-50,000	74	46.80

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะของพยาบาล (n=158) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท) (ต่อ)		
50,001-65,000	21	13.30
มากกว่า 65,000 ขึ้นไป	2	1.30
ไม่ตอบข้อมูล	2	1.30
ประสบการณ์การทำงานพยาบาล (ปี) (Min=1.00, Max=42.00, Mean=20.80, S.D.=9.24)		
1-2	7	4.40
3-4	6	3.80
5-7	7	4.40
8-10	7	4.40
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	131	83.00
ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ปี)		
(Min=1.00, Max=42.00, Mean=9.81, S.D.=8.17, Median=10.00)		
ช่วงเวลาที่รับผิดชอบปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการแห่งนี้		
1-2	44	27.80
3-4	14	8.90
5-7	12	7.60
8-10	19	12.00
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	69	43.70
ตำแหน่งงานปัจจุบัน		
พยาบาลชำนาญการ	115	72.80
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	23	14.60
รักษาการผู้อำนวยการ รพ.สต.	7	4.40
พยาบาลวิชาชีพ (ลูกจ้าง)	6	3.80
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	4	2.50
พยาบาลชำนาญการพิเศษ	3	1.90
ช่วงเวลาที่รับผิดชอบปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการแห่งนี้		
- ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการตอนเย็น วันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์/วันหยุดพิเศษของทางราชการ	96	60.80

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะของพยาบาล (n=158) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงเวลาที่ได้รับผิดชอบปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการแห่งนี้ (ต่อ)		
- ในเวลาราชการ	23	14.60
- ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการตอนเย็น และวันเสาร์-อาทิตย์	13	8.20
- ในเวลาราชการและวันเสาร์-อาทิตย์	9	5.70
- ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการตอนเย็น	7	4.40
- ในเวลาราชการ วันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์/ วันหยุดพิเศษของทางราชการ	6	3.80
- ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการตอนเย็น และวันหยุด นักขัตฤกษ์/วันหยุดพิเศษของทางราชการ	3	1.90
- ในเวลาราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์/วันหยุดพิเศษของทาง ราชการ	1	0.60

ส่วนที่ 2 โครงสร้างของหน่วยบริการ และปัจจัยด้านกระบวนการ (ภาระงาน และสัดส่วนของงานที่ปฏิบัติ)

โครงสร้างของหน่วยบริการ ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 94.30) และร้อยละ 5.70 สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเป็นหน่วยงานขนาดใหญ่ (L) ร้อยละ 44.30 รองลงมาคือขนาดกลาง (M) ร้อยละ 33.50 และร้อยละ 22.20 เป็นขนาดเล็ก (S) ตามลำดับ

เมื่อจำแนกสัดส่วนของงานที่พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยระบุเป็นค่าร้อยละ รายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านงานบริหารน้อยกว่าร้อยละ 25 คิดเป็นร้อยละ 91.80 เฉลี่ยร้อยละ 11.21 (S.D.=13.84) ปฏิบัติงานด้านงานบริการในหน่วยงานร้อยละ 25-50 คิดเป็นร้อยละ 69.00 เฉลี่ยร้อยละ 43.96 (S.D.=16.46) ปฏิบัติงานด้านงานบริการในชุมชนร้อยละ 25-50 คิดเป็นร้อยละ

63.90 เฉลี่ยร้อยละ 30.35 (S.D.=12.34) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านงานวิชาการน้อยกว่าร้อยละ 25 คิดเป็นร้อยละ 94.30 เฉลี่ยร้อยละ 14.35 (S.D.=7.60) กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.50 แต่เมื่อจำแนกตามการปฏิบัติงานรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านงานบริหาร ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.30 ส่วนการปฏิบัติงานด้านงานบริการ และด้านงานวิชาการอยู่ในระดับปฏิบัติมาก ร้อยละ 57.60 และ 38.61 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 70 พึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมในระดับมาก (ร้อยละ 66.50) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน งานที่ได้รับมอบหมาย ความสำเร็จและความก้าวหน้าในการ

ปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.35, 4.09, 3.88 และ 3.78 ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.42

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ปัจจัยด้านโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วย 1) คุณลักษณะของหน่วยบริการ (ขนาดของหน่วยบริการ และการถ่ายโอนอำนาจ) ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (n=158)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ความพึงพอใจ	
	r	p-value
อายุ	$r_s = -.008$	.923
การศึกษาเฉพาะทาง NP และ APN	$r_{pbi} = -.012$	.884
รายได้	$r_s = -.072$	.369
ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	$r_s = -.011$	.886
ขนาดของหน่วยบริการ	$r_{pbi} = -.029$	.713
หน่วยงานที่สังกัด (การถ่ายโอนอำนาจ)	$r_{pbi} = -.028$	.722
ภาระงานโดยรวม	$r_s = .160^*$	.045

* $p < .05$ r_s = Spearman's Rank Correlation r_{pbi} = Point Biserial Correlations

จากผลการวิจัยที่พบว่าภาระงานโดยรวมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพึงพอใจของพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม โดยนำภาระงานรายด้านมาหาความสัมพันธ์

($r_{pbi} = -.029$, $p = .713$) ($r_{pbi} = -.028$, $p = .722$) ตามลำดับ และ 2) คุณลักษณะของพยาบาล (อายุ รายได้ ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการศึกษาเฉพาะทาง NP/การศึกษาเพื่อเป็น APN) ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.008$, $p = .923$) ($r_s = -.072$, $p = .369$) ($r_s = -.011$, $p = .886$) ($r_{pbi} = -.012$, $p = .884$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ปัจจัยด้านกระบวนการ (ภาระงาน) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .160$, $p = .045$) ดังตารางที่ 2

กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ และนำภาระงานรายด้านมาหาความสัมพันธ์กับความพึงพอใจรายด้าน ผลของการวิเคราะห์เป็นดังนี้

1. ภาระงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ด้านการมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน และด้านงานที่ได้รับมอบหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .228, p = .004$) ($r_s = .189, p = .018$) ($r_s = .198, p = .013$) ตามลำดับ

2. ภาระงานด้านงานบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .173, p = .029$) ($r_s = .173, p = .030$) ตามลำดับ

3. ภาระงานด้านงานบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ด้านการมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน และด้านงานที่ได้รับมอบหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .171, p = .032$) ($r_s = .168, p = .035$) ($r_s = .168, p = .035$) ตามลำดับ

4. ภาระงานด้านงานวิชาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้านความสำเร็จและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ด้านการมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน และด้านงานที่ได้รับมอบหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .263, p = .001$) ($r_s = .233, p = .003$) ($r_s = .249, p = .002$) ตามลำดับ

และพบว่าภาระงานโดยรวมและภาระงานรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และสิ่งสนับสนุนการทำงานและสวัสดิการ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้
สมมติฐานข้อที่ 1 คุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ขนาดของหน่วยบริการ และการถ่ายโอนอำนาจ) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานนี้

ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีเพียงร้อยละ 5.70 ที่สังกัด อปท. และจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิสังกัด อปท. บางแห่งมีความพร้อมในด้านงบประมาณ กำลังคน และมีการมอบหมายงานหรือภาระงานที่เหมาะสม ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งแตกต่างจากหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัด อปท. บางแห่งที่ยังขาดความพร้อมในการบริหารจัดการกำลังคน งบประมาณ และสวัสดิการต่างๆ ส่งผลให้พยาบาลไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน อาจส่งผลให้การถ่ายโอนอำนาจไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และขนาดของหน่วยบริการมีหน่วยบริการขนาดใหญ่ (L) ดูแลประชากรมากกว่า 8,000 คน มีพยาบาลปฏิบัติงาน ประมาณ 2-7 คน แต่หน่วยบริการขนาดเล็ก (S) ดูแลประชากรน้อยกว่า 3,000 คน มีพยาบาลปฏิบัติงาน ประมาณ 1-2 คน ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับบางหน่วยบริการมีจำนวนบุคลากรเท่ากัน แต่ดูแลประชากรไม่เท่ากัน บางหน่วยบริการมีจำนวนบุคลากรเพียงพอในการดูแลประชากร และจากการตอบแบบสอบถามในส่วนของคำถามปลายเปิดพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ มีพี่เลี้ยงจาก Contracting unit for primary care (CUP) รวมทั้งคนในชุมชน อสม. จิตอาสา และ

จากภาคส่วนอื่นๆ ถึงแม้จะมีบุคลากรใน รพ.สต. ไม่เพียงพอ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลประชากรได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งลักษณะงานที่เหมือนกันในทุกขนาดของหน่วยบริการไม่ว่าจะสังกัดหน่วยงานใด ทำให้ระดับความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำให้ขนาดของหน่วยบริการและการถ่ายโอนอำนาจไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สมมติฐานข้อที่ 2 คุณลักษณะของพยาบาล (อายุ รายได้ ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการศึกษาเฉพาะทาง NP การศึกษาเพื่อเป็น APN) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานนี้

ทั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยกลางคน (41-60 ปี) อายุเฉลี่ย 43.77 ปี และมีประสบการณ์ในการทำงานพยาบาลมากกว่า 10 ปี แต่อย่างไรก็ตามเกือบร้อยละ 50 มีประสบการณ์การทำงานใน รพ.สต. เพียง 1-2 ปี เนื่องจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล พุดคุย สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่าการโอนย้ายจากโรงพยาบาลมาบรรจุที่ รพ.สต. ลักษณะงานที่แตกต่างกัน จึงต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัว และเรียนรู้งานที่ต่างไปจากเดิมที่เคยปฏิบัติ อาจทำให้รู้สึกไม่มั่นใจ และไม่มีความสุขกับการทำงานต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยและเริ่มปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ตั้งแต่สำเร็จการศึกษา จะมีการปรับตัว เรียนรู้งานได้รวดเร็วกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ทำให้รู้สึกมั่นใจและมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ เพราะได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชนและเพื่อนร่วมงาน และจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างในส่วนคำถามปลายเปิด พบว่า พยาบาลอาวุโสที่ปฏิบัติงานใน

หน่วยบริการปฐมภูมิมิโอกาสในความก้าวหน้าทางวิชาชีพน้อยกว่า และมีความแตกต่างในเรื่องความก้าวหน้าเมื่อเทียบระหว่างใน รพ. กับ รพ.สต. ร่วมกับพยาบาลจบใหม่ถึงแม้จะได้รับการยอมรับจากประชาชนและเพื่อนร่วมงาน ในการปฏิบัติงานทำให้รู้สึกมั่นใจและมีความสุขในการปฏิบัติงาน แต่ไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ทำให้มีความรู้สึกไม่มั่นคงในอาชีพ และยังพบว่าการศึกษาเฉพาะทาง NP การศึกษาเพื่อเป็น APN ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากเกือบร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาเฉพาะทาง NP และร้อยละ 1.9 จบการศึกษาเพื่อเป็น APN มีเพียงร้อยละ 23.4 ไม่ได้รับการศึกษาเฉพาะทาง ร่วมกับการที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีการช่วยเหลือกันและทำงานเป็นทีม ดังนั้นอาจเป็นผลให้การศึกษาเฉพาะทางไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Haile, Gualu, Zeleke & Dessalegn (2017) ที่ศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐเขต East Gojjam ทางตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศเอธิโอเปีย พบว่าระดับการศึกษาของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Oktizulvia, Dachriyanus & Vionalisa (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและความตั้งใจลาออกของพยาบาล ในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยเมื่ออายุมากขึ้น ภาระงานจะมากขึ้น แต่รายได้ สวัสดิการที่

ได้รับน้อยกว่าภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ และยังขาดโอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง ส่งผลให้รู้สึกไม่มั่นคงในงาน และมีความตั้งใจที่จะลาออกจากงาน

สมมติฐานข้อที่ 3 กระบวนการ (ภาระงาน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกระดับต่ำ หมายความว่า ภาระงานมาก ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิจะมากขึ้นตามภาระงาน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลปฏิบัติงานด้านงานบริการทั้งในหน่วยงานและในชุมชนมากกว่าการปฏิบัติงานบริหารและวิชาการ และเกือบร้อยละ 70 มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก รวมถึงการตอบแบบสอบถามในส่วนของคำถามปลายเปิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานตรงตามกับสายงานที่เรียนมา รักและมีความถนัดในงานที่ปฏิบัติ มีเพื่อนร่วมงานที่ดีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นที่ยอมรับในที่ทำงาน รวมถึงการได้ช่วยเหลือ ส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนตามมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล ทำให้ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน ซึ่งก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีความสุขในการทำงาน

เมื่อจำแนกความพึงพอใจรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อความสำเร็จและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน การมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และงานที่ได้รับมอบหมายอยู่ในระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 80 จบการศึกษาเฉพาะทาง NP และร้อยละ 10.8 จบการศึกษาระดับ

ปริญญาโท สาขาการพยาบาลชุมชน/การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยเน้นการฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. นอกเหนือจากจะต้องให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนแล้ว ยังต้องให้บริการการรักษาโรคเบื้องต้นอีกด้วย ซึ่งอาจส่งผลให้ปัจจัยด้านกระบวนการ (ภาระงาน) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในบริบทการดูแลสุขภาพปฐมภูมิประเทศไทย พบว่าพยาบาลมีบทบาทในการรักษาโรคเบื้องต้นสูงสุด (รัชตวรรณ ศรีตระกูล และชนิษฐา นันทบุตร, 2564) ดังนั้นการที่พยาบาลจบการศึกษาเฉพาะทาง NP/APN ส่งผลให้ประชาชนยอมรับและให้ความเชื่อมั่นในการรักษาภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การดูแลทางด้านจิตสังคม และการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถให้การช่วยเหลือประชาชนได้ตรงกับสิ่งที่เรียนมา และมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ

ส่วนความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานและสวัสดิการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานรายด้านพบว่า ภาระงานไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และสิ่งสนับสนุนการทำงานและสวัสดิการ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในส่วนของคำถามปลายเปิดส่วนนี้ มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแต่ให้เหตุผลเชิงลบ ดังนี้ 1) ภาระงานมาก ต้องทำงานในส่วนของสหวิชาชีพอื่น 2) ตัวชี้วัดในการปฏิบัติงานมากเกินไป ไม่เหมาะสมกับจำนวน

บุคลากรที่ปฏิบัติงาน 3) ต้องช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลคนไข้ของ รพ. ที่มารับยาและเจาะเลือดในคลินิกโรคเรื้อรัง 4) เป็นห่วงความปลอดภัยของตนเองเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และจิตเวช และออกจุดบริการตอนกลางคืน ส่งผลให้เกิดความเครียดในการทำงานและคุณภาพของงาน 5) มีความกังวลในเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ต้องการที่จะเข้าอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถอยู่เสมอ ต้องการคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในการทำงาน ควบคู่ไปกับการปฏิบัติงาน และ 6) หากมีทรัพยากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เช่น บุคลากร และงบประมาณ จะทำให้มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น จึงอาจส่งผลให้ปัจจัยด้านกระบวนการ (ภาระงาน) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Oktizulvia, Dachriyanus & Vionalisa (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและความตั้งใจลาออกของพยาบาล ในโรงพยาบาลประเภท C ในประเทศอินโดนีเซีย ที่พบว่า ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยพบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้าน พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อเพื่อนร่วมงาน สังคมการสื่อสาร และลักษณะงาน แต่มีความพึงพอใจระดับต่ำต่อเงื่อนไขในการดำเนินงาน สวัสดิการ การสนับสนุนต่างๆ รวมถึงรายได้ เนื่องจากภาระงานมากขึ้น แต่รายได้ สวัสดิการที่ได้รับน้อยกว่าภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ และยังขาดโอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง ซึ่งเป็นสาเหตุของความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานและส่งผลกระทบต่อความตั้งใจ

ที่จะลาออกจากการทำงานของพยาบาลในประเทศอินโดนีเซีย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Descriptive analysis และ Correlation analysis ไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Multi-level analysis จึงอาจทำให้ไม่สามารถอธิบายให้เห็นภาพรวมอย่างชัดเจน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสังกัด อปท. มีจำนวนน้อยมาก จึงอาจทำให้ไม่สามารถอธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้านการถ่ายโอนอำนาจได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

หน่วยงานหรือต้นสังกัดควรมีการส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และสิ่งสนับสนุนการทำงานและสวัสดิการให้พยาบาลได้รับการอบรมเพิ่มเติมทักษะอย่างต่อเนื่อง ควรส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัย มีกาสนับสนุนอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และกล้าตัดสินใจให้การพยาบาล โดยเฉพาะการรักษาโรคเบื้องต้น รวมทั้งค่าตอบแทน สวัสดิการ มีการให้รางวัลประจำปีในผู้ที่มีผลงาน ผู้ที่เสียสละในการปฏิบัติงาน และควรส่งเสริมให้พยาบาลมีความก้าวหน้าในวิชาชีพเท่าเทียมสหวิชาชีพอื่น เพื่อให้พยาบาลรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มั่นคงในชีวิต และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากผลการศึกษาจากการตอบแบบสอบถามพบปัญหาของพยาบาลบางส่วนขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจในการปฏิบัติงาน และมีความรู้สึกที่ว่าตนเองขาด

- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักตรวจและประเมินผล. (2555). *สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักตรวจและประเมินผล.
- สุวรรณ จันทรประเสริฐ, อุไร จเรประพาฬ, เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, แสงอรุณ อิศระมาลัย, พิชรินทร์ พูลทวี, และอุษาพร รอดแดง. (2563). *บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- โสภณ เมฆธน. (2559). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก http://www.ylo.moph.go.th/webssj/file2019/star/process_PCC.pdf
- อติญาณ ศรีเกษตริน โสรตริย์ แพน้อย และ ชูลีพร เอกรัตน์. (2555). การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 15. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(3), 38-50.
- อมร นนทสุต. (2556). *กำเนิดสถานื่อนามัย และพัฒนาการสู่รพ.สต..* สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2013/08/4328>
- Aron, S. (2015). *Relationship between nurses' job satisfaction and quality of healthcare They deliver*. Mankato, Minnesota: Minnesota State University.
- Chien W.T. & Yick S.Y. (2016). An investigation of nurses' job satisfaction in a private hospital and its correlates. *The Open Nursing Journal*, 10, 99-112.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can It be assessed?. *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Haile D., Gualu T., Zeleke H. & Dessalegn B. (2017). Job satisfaction and associated factors among nurses in East Gojjam Zone Public Hospitals Northwest Ethiopia, 2016. *Journal of Nursing and Care*, 6(3), 1-6.
- Oktizulvia, C., Dachriyanus, D. & Vionalisa, V. (2017). Job satisfaction factors and nurses' Intention to quit in Type C Hospitals. *Journal of Nursing and Care*, 6(3), 1-8.

การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก

สุภัทรา อยู่สุข*, เสาวลักษณ์ คุณทวี**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก และจำนวนผู้ป่วยที่ถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัด

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยและพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง อายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 50 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: ระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกที่พัฒนาขึ้น ช่วยลดระยะเวลารอคอยบริการพยาบาลมีข้อมูลเพื่อใช้วางแผนการดูแลต่อเนื่องในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกที่สอดคล้องกับปัญหารายบุคคล ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีผู้ป่วยงดหรือเลื่อนผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 6 คน จากสาเหตุระดับน้ำตาลในเลือดสูง และค่าความดันโลหิตสูง มีความกังวลการผ่าตัดและล้มลง ละลายลิ้มเลือด

สรุปและข้อเสนอแนะ: การพยาบาลตามมาตรฐานปกติสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้ผู้ป่วยได้ แต่การนำระบบการจัดการผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นร่วมกับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้นและพฤติกรรมการควบคุมโรคได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ระบบการจัดการ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ผ่าตัดต่อกระดูก

Development of Management Systems for Cataract Surgery Patients

Supatsara Yusuk*, Saowaluck kuntawee**

Abstract

Purpose: To develop and study the results of a management system for patients undergoing cataract surgery and to review the number of patients who have abstained from or postponed surgery.

Design: Research and development study.

Methods: The sample consisted of 50 persons with diabetes and/or hypertension aged 50 years and over. The subjects were randomly assigned to the experimental and the control group (25 patients each). The experimental group received the development of management systems for the cataract surgery which was developed based on the self-efficacy concept combined with standard nursing care. In contrast, the control group received standard nursing care only. Data were collected using a blood sugar and blood pressure record form, a self-efficacy perception questionnaire, and a diabetes and hypertension control behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Main findings: The findings indicated that the development of management systems for cataract surgery could reduce patient waiting time. Additionally, nurses have information to use in continuity care plans to prepare patients for cataract surgery that correspond to individual problems. This will also allow patients to control their diabetes and high blood pressure levels. After the experiment, the experimental group demonstrated significantly lower mean blood sugar levels compared to both baseline and the control group ($p < 0.05$). In addition, self-efficacy and disease control behavior among the experimental group illustrated significantly higher scores than baseline and those in the control group ($p < 0.01$). In addition, six patients canceled or postponed surgery, with high blood sugar and high blood pressure, anxious about surgery, and forgot to stop taking fibrinolytic drugs.

Conclusion and recommendations: Standard nursing care can control blood sugar and blood pressure for the patient. However, incorporating the developed patient management system together with the self-efficacy enhancement helped the patients to have more self-efficacy awareness and better disease control behaviors.

Keywords: Management system, Self-efficacy, Cataract surgery

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 9(2), 19-39

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Mettapracharak Hospital (Watrai-Khing).

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

Corresponding author, email: supatsara2508@gmail.com, Tel. 089-4113420

Received: 14 October 2022, Revised: 15 December 2022, Accepted: 16 December 2022

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ต่อกระจกเป็นโรคตาที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ใน ค.ศ. 2021 พบว่า ทั่วโลกมีประชากร ที่มีสายตาเลือนรางหรือตาบอด 1 พันล้านคน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดตาบอด อันดับที่ 1 จากโรคต่อกระจกมีจำนวน 94 ล้านคน อันดับที่ 2 สายตาผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไขจำนวน 88.4 ล้านคน อันดับที่ 3 โรคต้อหิน 7.7 ล้านคน (World Health Organization, 2021) โรคต่อกระจกทำให้เกิดสายตาเลือนรางหรือตาบอดซึ่งสามารถป้องกันหรือแก้ไขได้ โดย WHO ได้กำหนดวิสัยทัศน์ Vision 2020: The right to sight by the year 2020 เพื่อให้ประเทศสมาชิกตระหนักและเร่งแก้ไขป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่มีสายตาเลือนรางและตาบอดจากโรคต่อกระจกเพิ่มมากขึ้น สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ตาบอดร้อยละ 0.6 สาเหตุอันดับที่ 1 ได้แก่ โรคต่อกระจกพบร้อยละ 69.7 และยังมีแนวโน้มที่ไม่ลดลงเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ และคณะ, 2557) โรคต่อกระจกมีความชุกเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต การสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นและความชุกของโรคที่เกี่ยวกับโรคต่อกระจกที่เพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวานรวมถึงวิธีการวินิจฉัยที่ดีขึ้นอีกด้วย (Hashemi et al, 2020)

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นโรงพยาบาลภาครัฐที่รับการส่งต่อผู้ป่วยต่อกระจกที่ซับซ้อนจากโรงพยาบาลต่างๆ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มาด้วยโรคร่วมและปัญหาการควบคุมโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคอื่นๆ พบสถิติย้อนหลังในปีงบประมาณ 2560, 2561, 2562 มีผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกจำนวน 3,817, 3,712 และ 3,878 ราย

ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง), 2560; 2561; 2562)

พบอุบัติการณ์เลื่อนหรือฉีกขาดต่อกระจกปีงบประมาณ 2560, 2561, 2562 คิดเป็นร้อยละ 3.2, 3.0, 4.5 ตามลำดับ สาเหตุการฉีกขาดเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/100 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 85, 84 และ 98 รายตามลำดับ และจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 45, 37 และ 42 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการฉีกขาดผ่าตัดส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล การมองเห็นที่แย่งกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (Daily of life) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ญาติเสียเวลาที่ได้ทำงานมาเพื่อเฝ้าผู้ป่วย ญาติขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ สูญเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง นอกจากนี้การฉีกหรือฉีกขาดยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคประจำตัวได้ไม่ดี อาจพบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด เช่น ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความดันลูกตาสูง ส่งผลให้เกิดถุงหุ้มเลนส์ฉีกขาดจนไม่สามารถใส่เลนส์แก้วตาเทียม นอกจากนี้อาจพบภาวะเลือดออกภายในลูกตา ทำให้ตาบอดได้ หลังผ่าตัดอาจเกิดการติดเชื้อในลูกตาในผู้ป่วยที่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คณะกรรมการทึมนำทางจักษุได้กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยงดเลื่อนผ่าตัดจากระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตสูงในวันที่เข้ารับการผ่าตัด หมายถึง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือค่าระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/100 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกเพื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความสำคัญมาก

ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ร่วมกับระบบการจัดการผู้ป่วย เพื่อใช้ในการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรค เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) บุคคลจึงตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะจัดการและดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเกิดการเรียนรู้ว่าสามารถมีพฤติกรรมใหม่ที่ดียิ่งได้

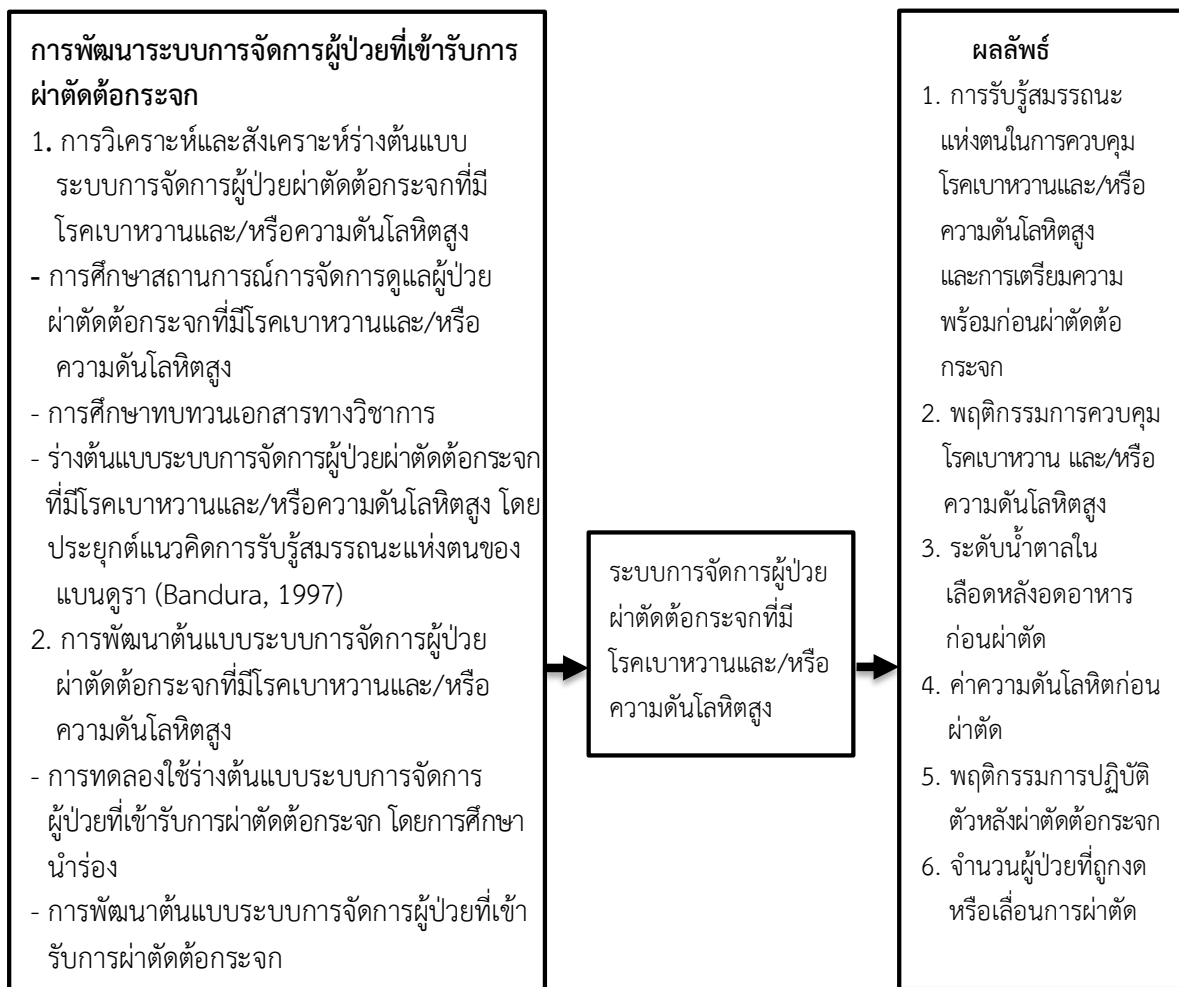
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก
2. ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วยฯ ได้แก่
 - 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงและในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระดูก
 - 2) พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระดูก
 - 3) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารก่อนผ่าตัด
 - 4) ค่าความดันโลหิตก่อนผ่าตัด และ
 - 5) พฤติกรรมการปรับตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก

3. ศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่ถูกงดหรือเลื่อนการผ่าตัดจากระดับน้ำตาลในเลือดและ/หรือระดับความดันโลหิต สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และจากเหตุผลอื่นตามที่คณะกรรมการที่มำทางจักษุกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก มีขั้นตอนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยดังนี้ 1) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่างต้นแบบระบบการจัดการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และ 2) การพัฒนาร่างต้นแบบระบบการจัดการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง การทดลองใช้ร่างต้นแบบระบบการจัดการฯ โดยการศึกษา นำร่องปรับปรุงร่างต้นแบบระบบการจัดการฯ จนได้ระบบการจัดการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ทดสอบประสิทธิภาพเพื่อแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากระบบการจัดการฯ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยผื่นคันต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พร้อมทั้งศึกษาผลลัพธ์ของระบบการจัดการผู้ป่วยผื่นคันต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ด้วยการทดสอบประสิทธิภาพเพื่อแสดงผลของการทดสอบ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์และสังเคราะห์

ร่างต้นแบบ (Draft prototype) (R1D1)

1. การสำรวจ/สังเคราะห์ข้อมูลและเอกสารตามวัตถุประสงค์การวิจัยปัญหาการดูแลผู้ป่วยต่อกระดูก (R1)

1.1 การศึกษาสำรวจปัญหาข้อมูลปฐมภูมิ (Primary source) โดยมีขั้นตอนครั้งที่ 1 ได้แก่ การวิเคราะห์สภาพปัญหาประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยผื่นคันต่อกระดูกในโรงพยาบาล ดังนี้ 1) รวบรวมสถิติผู้ป่วยผื่นคันต่อกระดูก ผู้ป่วยที่มี

โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่ถูกงด เลื่อนการผ่าตัด ทบพทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ โรคต่อกระจก 2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมใน ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อน ผ่าตัดต่อกระจก 3) การประชุมกลุ่มพยาบาลที่ดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก (Focus group discussion) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน และห้องผ่าตัดรวม 8 คน และ 4) สรุปผล การวิเคราะห์นำมาเรียงลำดับความสำคัญของ ปัญหา ศึกษาสภาพข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่รับ การผ่าตัดต่อกระจกให้เห็นปัญหาและให้เข้าใจ ปัญหาที่ศึกษาได้ดียิ่งขึ้น พบประเด็น ดังนี้ (1) ปัญหาด้านผู้ป่วยต่อกระจกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมี โรคร่วมโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงถูกส่งจากโรงพยาบาลต่างๆเพื่อเข้ารับการ ผ่าตัด (2) ปัญหาด้านญาติ/ผู้ดูแล ขาดการส่งต่อ ข้อมูลระหว่างญาติ/ผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อมใน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (3) ปัญหาด้านระบบเตรียม ความพร้อมก่อนผ่าตัดผู้ป่วยเสียเวลารอคอยนาน แต่ละจุดบริการ (4) ปัญหาด้านพยาบาลผู้รับผิดชอบ ขาดกระบวนการดูแลเพื่อปรับพฤติกรรมในกลุ่มที่ ควบคุมโรคประจำตัวได้ไม่ดี และ (5) ปัญหาการส่ง ต่อข้อมูลที่สำคัญขณะผ่าตัด เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมนำประเด็นดังกล่าว มาพัฒนาเพื่อใช้เป็นแนวทางการสร้างร่างต้นแบบ

1.2 ร่างต้นแบบ ระบบการจัดการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคเบาหวานและ/ หรือความดันโลหิตสูง ดังนี้ 1) จัดพื้นที่แยกจุดออก ไขนัดเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตาออกจาก คลินิกเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตาจากเดิมใช้ พื้นที่และทีมพยาบาลเดียวกัน 2) ประสานจักษุ แพทย์ร่วมกับทีมพยาบาลในกรณีที่มีการส่งขอ คำปรึกษาเฉพาะราย 3) ปรับปรุงเอกสารการ

บันทึกผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตาให้ เชื่อมโยงไปถึงวันที่ผ่าตัด ปรับปรุงเอกสารการ เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระจกพร้อม คู่มือผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดต่อกระจกในกลุ่ม โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับ สร้างคิวอาร์โค้ดเพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลสามารถ เข้าถึงข้อมูลและมีส่วนช่วยในการเตรียมความ พร้อมก่อนผ่าตัดได้ 4) พัฒนาชุดข้อมูลที่ใช้ในการ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ให้มีประสิทธิภาพเข้าถึง ปัญหาผู้ป่วยที่แท้จริง พร้อมแจ้งเบอร์โทรศัพท์และ ช่วงเวลาที่ติดต่อสอบถามประเด็นต่างๆ เพิ่มเติม และ 5) ประสานพยาบาลห้องผ่าตัดแสดง สัญลักษณ์หรือการบันทึกข้อมูล เพื่อสื่อสารให้ทีม การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก เฝ้าระวัง ในกลุ่มที่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหรือใน กรณีใช้เวลาในการทำผ่าตัดนาน ร่วมกับ ประยุกต์ใช้การสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดัน โลหิตสูง ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในร่างต้นแบบระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้า รับการผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรม ดังนี้ (1) ผู้ป่วยเล่า ประสบการณ์ของตนเองที่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดและ/หรือค่าความดันโลหิตได้ (Enactive mastery experience) (2) ผู้ป่วยกลุ่ม ทดลองชมวิดีโอผู้ป่วยต้นแบบที่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิตได้ (Vicarious experience) (3) ผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูง ก่อนเริ่มการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน (Verbal persuasion) ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการกระทำ กิจกรรมร่วมกับประสบการณ์ที่เคยประสบ ความสำเร็จด้วยตนเอง ให้เชื่อในความสามารถของ ตนเองเกิดกำลังใจและเกิดความมั่นใจในการ

ควบคุมเบาหวานและ/หรือความดันโลหิต และ (4) การส่งเสริมสภาวะทางร่างกายและทางอารมณ์ โดยสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง ผู้วิจัยถามถึงปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลและ/หรือค่าความดันโลหิต พร้อมส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค

1.3 ตรวจสอบ (ร่างต้นแบบ) ระบบการจัดการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงด้วยการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง เหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

1.4 ปรับปรุงร่างต้นแบบระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต้นแบบต่อไป

ระยะที่ 2 (R2D2) การพัฒนาต้นแบบ (Prototype)

1. การดำเนินการวิจัย (R2) ขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาต้นแบบ เพื่อใช้ศึกษานำร่อง (Pilot study) ระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกด้วยการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ ทดลองใช้ร่างต้นแบบที่ 1 กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (รุ่น 1) จำนวน 10 คน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างระดับน้ำตาลเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะได้รับการปรับยาเพิ่มเติมจากแพทย์ และพิจารณาเลื่อนผ่าตัดออกไปและนัดติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดอีก 1-3 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย พบข้อจำกัดด้านการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร นอกจากนี้พบว่าพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมมีการพักกลางวันในช่วงเวลา 12.00-

13.00 น. ทำให้ระบบบริการล่าช้า ระยะเวลารอคอยนาน

2. การพัฒนาต้นแบบ (D2) นำผลการทดลองใช้ต้นแบบในกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 1 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาใน 2 ส่วน คือ 1) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยกำหนดค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจากคณะกรรมการทีมนำทางจักษุ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะส่งกลับไปขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลที่ส่งตัวเข้ารับการรักษาเพื่อปรับระดับน้ำตาลในเลือด ปรับแผนการรักษาพิจารณาเลื่อนผ่าตัดออกไป พร้อมนัดผ่าตัดใหม่อีกครั้ง การส่งเสริมญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย โดยเน้นเรื่อง การออกกำลังกาย และปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน ประสานหัวหน้างานผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ จัดพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดให้มีการหมุนเวียนการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย 2) การสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนำมาประเมินก่อนและหลังการทดลอง นำผลการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในร่างต้นแบบให้ทีมผู้ช่วยวิจัยร่วมกันวิเคราะห์/ปรับปรุงแก้ไขในบางประเด็นภายใต้กรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) กระบวนการที่พบปัญหา ตรวจสอบขั้นตอนความเหมาะสมพัฒนาร่างที่ 2 เป็นร่างต้นแบบองค์ความรู้ใหม่

ระยะที่ 3 ระยะทดสอบประสิทธิภาพของต้นแบบองค์ความรู้ใหม่ (R3D3)

ดำเนินการนำต้นแบบ (Prototype) ฉบับสมบูรณ์ที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ เพื่อเข้าสู่ระยะ

ทดสอบประสิทธิภาพของระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ด้วยการทดสอบประสิทธิภาพองค์ความรู้ใหม่ พร้อมศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการดูแลระบบการจัดการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (องค์ความรู้ใหม่) จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 25 คน ประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Quasi experimental research two group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระดูก มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ที่เข้ามารับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แผนกผู้ป่วยนอก จักษุ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระดูกและนัดเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างเดือนพฤษภาคม-เดือนกรกฎาคม 2565 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระดูกที่นัดผ่าตัดต่อกระดูก 2) ไม่เคยผ่าตัดตามาก่อน 3) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้วิจัยพิจารณาคคุณสมบัติผู้เข้ากลุ่มทดลองใกล้เคียงกับ

กลุ่มควบคุม ด้านอายุมากหรือน้อยกว่ากันไม่เกิน 5 ปี ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน และชนิดของการผ่าตัดต่อกระดูกเหมือนกัน (ปรีศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2563) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่ม 2 กลุ่มด้วยการจับสลาก กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการพยาบาลตามปกติตามขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติตามขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น อาการแสดงภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำเฉียบพลัน มีอาการปวดศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมครบตามกำหนด การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 คือ 1.96 ค่า S.D. เท่ากับ 9.34 อ้างอิงจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในการศึกษาของ ปรีศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล (2563) (55.12 ± 9.34) ค่า d เท่ากับค่าความคลาดเคลื่อนจากค่าเฉลี่ยที่ผู้วิจัยยอมให้เกิดขึ้นได้ กำหนดเป็น ± 4 คะแนนคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 21 คน ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจถอนตัวจากการวิจัย (Drop out) ที่ร้อยละ 20 (Grove, Burns, & Gray, 2013) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 4 ราย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย จำนวน 2 กลุ่ม เท่ากับ 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ ระบบการจัดการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น ร่วมกับการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (องค์ความรู้ใหม่) โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ชมวิดีโอผู้ป่วยต้นแบบที่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระดูกและมีประสบการณ์ในควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ ได้รับการอธิบายเชิงสนับสนุนจากผู้วิจัยให้เชื่อมั่นในการกระทำกิจกรรมร่วมกับประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยใช้บรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง ผู้วิจัยถามถึงปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติตนเองพร้อมส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และ/หรือระดับความดันโลหิต ดังนี้

2.1 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร ก่อนเข้าโครงการวิจัยเป็นผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยนำมาในวันนัดเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระดูก 1 เดือน และหลังเข้าร่วมโครงการเป็นผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร ก่อนผ่าตัด 7 วัน

2.2 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ก่อนเข้าโครงการวิจัยเป็นระดับความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินในวันนัดเตรียมความพร้อม

ก่อนผ่าตัดต่อกระดูก 1 เดือน และหลังเข้าร่วมโครงการเป็นระดับความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินในวันนัดมาผ่าตัดหรือวันนัดนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ดัดแปลงจากงานวิจัยของ ปริญญา วังศรี วินัส ลิขกุล และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2559) เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระดูก พัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ของภุชคุณ คำมาปิ่น (2563) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 22 ข้อ และพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 4 ข้อ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมโรคก่อนผ่าตัดและพฤติกรรม

การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมโรคก่อนผ่าตัดและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระเจก 7 วัน พัฒนาจากแบบสอบถามของนิตยา อินทร์บำรุง และคณะ (2562) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระเจก ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระเจก ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระเจก ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จักษุแพทย์ อายุรแพทย์ด้านต่อมไร้ท่อ และพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทางตา โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระเจกได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสูตร Cronbach's alpha

ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 0.74 และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระเจก เท่ากับ 0.72

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงชื่อในหนังสือยินยอม จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการจับสลากเพื่อสุ่มเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จนครบกลุ่มละ 25 คน และดำเนินการดูแลตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่มเก็บข้อมูลวิจัยก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Baseline) ทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด หน่วยบริการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด พร้อมลงบันทึกผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนผ่าตัดในวันที่เข้าโครงการ และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต จากนั้นได้รับการพยาบาลปกติตามขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระเจก หลังจากนั้นได้รับการโทรศัพท์เยี่ยมในวันที่ 5-7 วันก่อนการผ่าตัด เพื่อตรวจสอบความพร้อมเบื้องต้นและสอบถามอาการโดยทั่วไป ใช้เวลา 5 นาที

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาล เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และดำเนินการตามระบบ การจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยจัดพื้นที่แยกจุดออก ไบอนด์เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตาออกจาก คลินิกเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตา ประสาน จักษุแพทย์ร่วมกับทีมการพยาบาลกรณีที่มีการส่ง ขอคำปรึกษาเฉพาะรายเพื่อลดระยะเวลาการคอย ใช้เอกสารที่บันทึกผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อน ผ่าตัดตาให้เชื่อมโยงไปถึงวันที่ผ่าตัด ได้รับ คำแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อ กระจกพร้อมคู่มือผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดต่อกระจกใน กลุ่มโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ร่วมกับสร้างคิวอาร์โค้ดเพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแล สามารถเข้าถึงข้อมูลและมีส่วนช่วยในการเตรียม ความพร้อมก่อนผ่าตัดได้ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ด้วยชุดข้อมูลที่ปรับปรุงแล้วให้เข้าถึงปัญหาผู้ป่วยที่ แท้จริง พร้อมแจ้งเบอร์โทรศัพท์และช่วงเวลา ที่ติดต่อสอบถามประเด็นต่างๆ เพิ่มเติม หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะนำเข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อม ก่อนผ่าตัดต่อกระจกตามกรอบแนวคิดการสร้าง เสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มา ประยุกต์ใช้ให้กับผู้ป่วยและญาติครั้งละ 3-4 คน ใช้ เวลา 30-50 นาที ดังนี้ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จ ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ/หรือค่า ระดับความดันโลหิตได้ ใช้เวลา 10 นาที 2) ชมวิดีโอ ผู้ป่วยต้นแบบที่เคยได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อผ่าตัดต่อกระจกและสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ วิดีโอ การควบคุมอาหารเบาหวาน อาหารลดความดัน โลหิต ใช้เวลา 10 นาที 3) ผู้วิจัยชักจูงด้วยคำพูด ก่อนเริ่มการเข้าสู่การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการกระทำกิจกรรม

ร่วมกับประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วย ตนเอง เกิดกำลังใจและเกิดความมั่นใจในการ ควบคุมเบาหวานและ/หรือความดันโลหิต สร้าง ช่องทางสื่อสารกรณีผู้ป่วยต้องการคำปรึกษาหรือ ประเด็นข้อสงสัย ใช้เวลา 15 นาที และ 4) การ ส่งเสริมสภาวะทางร่างกายและทางอารมณ์ โดย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง โดยผู้วิจัย ถามถึงปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติตนพร้อม ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการปฏิบัติตนในการ ควบคุมโรค ผักทักษะการออกกำลังกาย สร้าง บรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง ถามปัญหา/ อุปสรรคในการปฏิบัติตน สนับสนุนเอกสารเตรียม ความพร้อมก่อนผ่าตัดโรคต่อกระจกใช้เวลา 10 นาที

ครั้งที่ 2 ในวันผ่าตัดหรือวันนัดนอน โรงพยาบาลใช้เวลา 30 นาที กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการประเมินเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยการซัก ประวัติการเตรียมความพร้อมก่อนส่งหอนผู้ป่วยเพื่อ เตรียมผ่าตัดต่อกระจก หลังจากนั้นตอบ แบบสอบถามส่วนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดัน โลหิตสูง และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แบบสอบถามส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุม โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ ก่อนผ่าตัดต่อกระจกและพฤติกรรมเตรียมความ พร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระจก พร้อมลงบันทึกระดับ ค่าน้ำตาลในเลือด (ก่อนผ่าตัด 7 วัน) ที่ผู้ป่วยนำผล การตรวจมาในวันผ่าตัดและค่าความดันโลหิตใน วันที่มารับการผ่าตัด ขณะผ่าตัดพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัดติดสติ๊กเกอร์ที่แฟ้มประวัติด้านหน้าหรือ การลงบันทึกผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหรือเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์

ครั้งที่ 3 จักขุแพทย์นัดตรวจตาหลัง

ผ่าตัด 7 วัน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกทั้ง 2 กลุ่ม ที่แผนกผู้ป่วยนอกจักขุ หรือโทรศัพท์ตามแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจก 7 วัน รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างพร้อมแจ้งปิดโครงการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) รหัส COA009/2565 เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลโดยเก็บข้อมูลที่ได้ในที่ปลอดภัย ป้องกันการกระทบต่อภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงานด้วยการไม่เปิดเผย ชื่อสกุล สถานที่ปฏิบัติงาน รายงานผลการวิเคราะห์ในภาพรวมและทำลายข้อมูลทิ้งหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามความเป็นจริง อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นการเพิ่มรูปแบบการส่งเสริมและดูแลตนเองจากการพยาบาลปกติ โดยผู้ป่วยจะไม่เสียสิทธิในการเข้ารับบริการ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ตรวจสอบแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติค่ามัธยฐานของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ลักษณะการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68 กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 64 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 65 ปี (S.D.=7.78) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 62 และมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 64 ด้านอาชีพพบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 80 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 52 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ด้านโรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 88 กลุ่มทดลองมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยร้อยละ 52 กลุ่มควบคุมร้อยละ 44 ชนิดของการผ่าตัดต่อกระจกแบบการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Phacoemulsification) ร้อยละ 84

2. ระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และ 2) การสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลจากการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพยาบาล พยาบาลสามารถนำข้อมูลปัญหารายบุคคลมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมรับการผ่าตัดต่อกระจก และ 2) ด้านผู้ป่วย สามารถลดระยะเวลารอคอยการบริการจากเดิม 4-5 ชั่วโมง เหลือ 2-3 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่สอดคล้องกับปัญหารายบุคคล ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผลลัพธ์ของระบบการจัดการผู้ป่วยที่
เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่

3.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ
ควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และ
การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระดูก

3.2 พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน
และ/หรือความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการ
เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระดูก

เมื่อทำการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนในการควบคุมโรคฯ และพฤติกรรมการ
ควบคุมโรคฯ ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบผลการวิจัย
ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมการควบคุม
โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระดูก ก่อนและหลัง ภายใน
กลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) และกลุ่มทดลอง (ที่ได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วย)

ข้อมูล	ก่อน		หลัง		Mean	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	Difference		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน							
กลุ่มทดลอง (n=25)	3.51	0.36	4.72	0.14	1.20	15.01*	0.01
กลุ่มควบคุม (n=25)	3.65	0.30	4.46	0.27	0.80	11.46*	0.01
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง							
กลุ่มทดลอง (n=25)	2.34	0.22	2.84	0.17	0.49	9.64*	0.01
กลุ่มควบคุม (n=25)	2.33	0.21	2.49	0.24	0.15	3.04*	0.01

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและค่าเฉลี่ยของคะแนน
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความ
ดันโลหิตสูงและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อ
กระดูก ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกใน
กลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ย
ของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนน
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือโรค
ความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับ
การพยาบาลตามปกติมีค่ามากกว่าก่อนทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระจก ระหว่างกลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) และกลุ่มทดลอง (ที่ได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วย) (n=50)

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n=25)	4.72	0.14	4.46	0.27	0.25	4.14*	0.01
พฤติกรรมการควบคุมโรค (n=25)	2.84	0.17	2.49	0.24	0.35	5.87*	0.01

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระจกของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วย มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

3.3 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร

ก่อนผ่าตัด

3.4 ค่าความดันโลหิตก่อนผ่าตัด

เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารก่อนผ่าตัด และค่าความดันโลหิตก่อนผ่าตัด ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบผลการวิจัยดังตารางที่ 3 ตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทั้งกลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) และกลุ่มทดลอง (ที่ได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วย) (n=22)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	df	p-value
	$\bar{X}$ (mg/dl)	S.D.	$\bar{X}$ (mg/dl)	S.D.				
กลุ่มทดลอง	163.23	20.31	130.04	23.70	33.18	5.08*	21	0.01
กลุ่มควบคุม	147.50	12.61	129.27	19.13	18.22	5.05*	21	0.01

*p<.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วยร่วมกับการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าน้อยกว่าก่อน

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าน้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) เช่นกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic ก่อนและหลัง ภายในกลุ่มทั้งกลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) และกลุ่มทดลอง (ที่ได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วย) (n=25)

ค่าเฉลี่ยระดับ ความดันโลหิต systolic	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	df	p-value
	$\bar{X}$ (mmHg)	S.D.	$\bar{X}$ (mmHg)	S.D.				
กลุ่มทดลอง	157.52	22.87	138.16	16.40	19.36	4.26*	24	0.01
กลุ่มควบคุม	148.64	17.97	139.12	16.61	9.52	2.36*	24	0.02

*p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วยรวมกับการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าน้อยกว่าก่อนทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic ของกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เช่นกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ระดับความดันโลหิต Systolic ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	t	P-value
	$\bar{d}$	S.D.	$\bar{d}$	S.D.			
ระดับน้ำตาลในเลือด (n=44)	33.18	30.62	18.22	16.91	14.95	2.00	0.05
ระดับความดันโลหิต systolic (n=25)	19.36	22.72	9.52	20.13	9.84	1.62	0.11

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) และค่าความดันโลหิต Systolic ระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

3.5 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบผลการวิจัยดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกระหว่างกลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) และกลุ่มทดลอง (ที่ได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วย)

ค่าเฉลี่ยระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
พฤติกรรมปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจ 7 วัน	2.99	0.02	2.97	0.06	1.61	48	0.11

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจระหว่างกลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) และ

กลุ่มทดลอง (ที่ได้รับการดูแลตามระบบการจัดการผู้ป่วย) ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

4. จำนวนผู้ป่วยที่ถูกงัดหรือเลื่อนการผ่าตัดระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างถูกงัด/เลื่อนผ่าตัด 6 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มทดลอง 3 คน คนที่ 1 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดวันนัดเตรียมผ่าตัด 302 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร วันผ่าตัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด 249 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คนที่ 2 ค่าความดันโลหิตขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย 134/80 มิลลิเมตรปรอท ระหว่างรอเข้าห้องผ่าตัด 172/104 มิลลิเมตรปรอท

คนที่ 3 กลัวและกังวลการผ่าตัด ไม่สามารถคลุ้มโปงขณะผ่าตัดได้ และ 2) กลุ่มควบคุม 3 คน คนที่ 1 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดวันนัดเตรียมผ่าตัด 262 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร วันผ่าตัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด 241 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คนที่ 2 กลัวและกังวลการผ่าตัด ไม่สามารถคลุ้มโปงขณะผ่าตัดได้ และคนที่ 3 ลืมดยาละลายลิ้มเลือด

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในช่วงก่อนกับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยต่อกระจที่โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยการผ่าตัดเป็นแบบการนัดผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (Elective case) จักขุ

แพทย์จะทำการนัดวันเวลาผ่าตัดภายหลังจากการวินิจฉัยโรคระยะหนึ่ง หลังจากนั้นจะนัดเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพความพร้อมรับการผ่าตัด ดังนั้นการพยาบาลตามปกตินั้นเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำการปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตาทุกราย ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมโรคประจำตัวได้ก่อนถึงวันผ่าตัด แต่ระดับน้ำตาลภายหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มพบในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าเพราะผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดตามทฤษฎีของแบนดูรา (1997) แต่เมื่อเปรียบเทียบกันทางสถิติพบว่าอยู่ในค่า $p\text{-value}=.05$ พอดี ซึ่งจัด

ว่ายังไม่แตกต่างกันตามหลักการทางสถิติ อาจเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มากพอ คือ มีจำนวนเพียง 22 ราย เท่านั้น ดังนั้นการติดตามผลลัพธ์เรื่องค่าน้ำตาลในเลือดจึงควรดำเนินการต่อโดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของอรรวรรณ มุงวงษา และคณะ (2560) พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมการเรียนรู้ตามโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร กิจกรรมประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยการเรียนรู้จากตัวแบบ การตั้งเป้าหมายพฤติกรรม การพัฒนาทักษะการบริโภคอาหาร และกำหนดสัดส่วนปริมาณอาหารตามโมเดลอาหารจำลอง การอภิปรายกลุ่มและการให้แรงสนับสนุนทางสังคม การติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตาม ช่วยให้ผู้ป่วยมีการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และการวิจัยของทิพย์สุตา แสนดี และคณะ (2560) พบว่า การนำโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน เพื่อลดน้ำหนักและลดค่าน้ำตาลในเลือดได้ และสอดคล้องกับ Hurst et al (2020) พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนอกจากช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาวได้ ส่วนระดับความดันโลหิต Systolic ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจุกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพร้อมเพิ่มการ

ปรับเปลี่ยนตนเองให้มีพฤติกรรมที่ดี นอกจากนี้พยาบาลนัดเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีการให้ข้อมูลในการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อบรรลุเป้าหมายให้ได้รับการผ่าตัดต่อกระจุก การวิจัยครั้งนี้ไม่นำระดับความดันโลหิต Diastolic มาใช้รายงานผล เนื่องจาก ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น โดยหลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน จากโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นและความแข็งมากขึ้นความยืดหยุ่นลดลง เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจหลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมากขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว Systolic มีค่าสูงขึ้น ดังนั้นการประเมินความดันเลือดในผู้สูงอายุ จึงอาศัยระดับความดันโลหิต systolic เป็นสำคัญ (นิพพาภักดิ์ สิ้นทรัพย์ และคณะ, 2560)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับความดันโลหิต systolic ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า พยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระจุกสนับสนุนข้อมูลให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย จึงทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการวิจัยของพจนาลุขเจริญ และคณะ (2561) ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้องตรวจหลอดลมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในสถาบันโรคทรวงอก พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำ ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความวิตกกังวลทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น หายใจเร็วขึ้น ม่านตาขยาย

อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น แรงดันเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยต่อกระจกที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการใช้ยาในการรักษาโรคประจำตัวทั้งยาลดไขมันในเลือด ยาโรคหัวใจ และยารักษาโรคความดันโลหิตสูง จึงอาจส่งผลต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยหลังได้รับการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการวิจัยสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ และคณะ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการสร้างจิตภาพเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกและค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันและทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจไม่แตกต่างกัน

จากการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคเบาหวานและ/ความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและ/ความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองหลังได้รับระบบการจัดการผู้ป่วยฯ มีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั้นอธิบายได้ว่าเป็นเพราะกิจกรรมในระบบการจัดการที่พัฒนาขึ้นใหม่นั้น มีการนำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการเตรียมตนเองเพื่อการผ่าตัดและการควบคุมโรคที่เป็นอยู่ทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของแบนดูรา (1997) สอดคล้องกับ

การวิจัยที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (เอี่ยมเดือน ชาญชัยศรี และคณะ, 2558) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ไชยา ท่าแดง และนิธรา กิจธีระวุฒินิช, 2563) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในเลือดภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของอารี คงสวน (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการวิจัยของยุภาพร นาคกลิ้ง และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลอง สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัวเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนที่จะเข้าโครงการ จึงได้รับรู้พฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรคประจำตัว นอกจากนี้

พยาบาลวิชาชีพประจำการมีบทบาทสำคัญด้านการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด มีการให้ข้อมูลพร้อมสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย พร้อมเพิ่มการปรับเปลี่ยนตนเองให้มีพฤติกรรมที่ดี รูปแบบการพยาบาลปกติสามารถนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อกระจกได้ จากการวิจัยได้นำระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกร่วมกับการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ให้ดีขึ้น ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคให้ดีขึ้นและผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้นด้วย พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหรือโรคอื่น ๆ สามารถปรับเปลี่ยน กระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะและหลังผ่าตัดต่อกระจก ร่วมกับการจัดการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในพฤติกรรมควบคุมโรคประจำตัวได้ดี

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. ควรสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพสร้างหน่วยให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการโรคตาที่มีปัญหาพฤติกรรมควบคุมโรคประจำตัว เพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากโรคร่วมและลดการดำเนินของโรคตา อีกทั้งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา

2. ควรนำระบบสารสนเทศ เพื่อใช้ในการวางแผนการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลารอคอยและลดความแออัดในพื้นที่บริการ พร้อมเพิ่มช่องทางการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในเว็บไซต์ของทางโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบเพื่อหาประสิทธิภาพของระบบการจัดการแบบใหม่นี้ ต่อค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารโดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

2. ควรศึกษาการลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทางตา เพราะมีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการผ่าตัดจากความวิตกกังวล

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎคุณ คำมาปัน. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(1), 110-124.
- ไชยา ทำแดง และนิธรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(4), 61-73.
- ทิพย์สุตา แสนดี, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนักตัว และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในชุมชน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 53-66.
- นิตยา อินทร์บำรุง, สุนันท์ ยิ่งแจ่มจันทร์, และวนิดา จักรการณวัฒน์. (2562). *ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระบอกแบบไม่นอนโรงพยาบาล*. (รายงานผลงานวิจัย). นครปฐม: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).
- นิพพาภัทร์ สิ้นทรัพย์, จินฉัตร จันครา, และบุปผา ใจมั่น. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 100-111
- ปรีศนีย์ พันธุ์สิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระบอก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(4), 84-98.
- ปรียากร วังศรี, วินัส ลิ้นหกุล และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 10(2), 98-110.
- ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์, สายจินต์ อีสี่ประติฐ, อรอร ธงอินเนตร, เพ็ญพิมล ยิ่งยง, ญัฐริกา ชัยศรีสวัสดิ์สุข, วรภัทร วงษ์สวัสดิ์, สุดาวดี สมบูรณ์ธนกิจ, พิริญา สุ่มสวัสดิ์, กนกทิพย์ มั่นตโชติ, ภรณ์ลดา ศัลกวิเศษ, เอกชัย อารยางกูร, กุลวรรณ โรจน์เรืองนิตย์ และปัญญาวีร์ อาราม. (2557). *โรคตา (EyeDiseases). Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๔-๒๕๕๗) First Edition* สืบค้นจาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_13.pdf
- พจนา หลุยเจริญ, รัชมี น้อมศาสน์ และทวีศักดิ์ จิตรเย็น. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยก่อนส่ง กล้องตรวจหลอดเลือดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในสถาบันโรคทรวงอก. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(1), 85-89.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 27-35.

- โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). (2560). งานเวชระเบียนและสถิติ 2560. นครปฐม: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).
- โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). (2561). งานเวชระเบียนและสถิติ 2561. นครปฐม: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).
- โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). (2562). งานเวชระเบียนและสถิติ 2562. นครปฐม: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).
- สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, จริญญา สายะสถิตย์, จิตาภา ตั้งปัญญาวงศ์ และสุวรรณา ภู่มิ. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการสร้างจิตภาพต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 109-123.
- อรรณพ ม่วงษา, มณีนรัตน์ อธิระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล และนิรัตน์ อิมามี. (2560). โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(5), 62-70.
- อารี คงสวน. (2557). ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เอี่ยมเดือน ชาญชัยศรี, กุลวดี โรจนไพศาลกิจ, และวรพล แวงนอก (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารราชนครินทร์*, 6(1), 161-175.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Grove, S.K., Burns, N., & Gray, J.R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Hashemi, H., Pakzad, R., Yekta, A., Aghamirsalim, M., Pakbin, M., Ramin, S., & Khabazkhoob, M. (2020). Global and regional prevalence of age-related cataract: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eye*, 34(8), 1357-1370. doi: 10.1038/s41433-020-0806-3. Epub 2020 Feb 13.
- Hurst, C. P., Rakkapao, N., & Hay, K. (2020). Impact of diabetes self-management, diabetes management self-efficacy and diabetes knowledge on glycemic control in people with Type 2 Diabetes (T2D): A multi-center study in Thailand. *PLoS One*, 15(12), e0244692 doi:10.1371/journal.pone.0244692.
- World Health Organization. (2021). *Blindness and vision impairment*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

ผลของการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด*

วราภรณ์ ชัยปลัด** สมพันธ์ หิณชิระนันท์*** ปราณี มีหาญพงษ์****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาผลของการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดต่อความรู้ เจตคติ ต่อการจัดการความรู้ และการปฏิบัติพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนและหลังได้รับการอบรม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ประกอบด้วยแผนการอบรม แผนการสอนการจัดการความรู้ คู่มือการจัดการความรู้ คู่มือการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ในการจัดการความรู้ 2) แบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการความรู้ และ 3) แบบประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85, 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ตรวจสอบโดยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.77, 0.89, และ 0.93 ตามลำดับ โดยค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติที่แบบไม่อิสระ

ผลการวิจัย: ความรู้ เจตคติ ต่อการจัดการความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด หลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ: การจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ส่งผลต่อความรู้ เจตคติต่อการจัดการความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรนำการจัดการความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการความรู้, การปฏิบัติการพยาบาล, ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น, การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565 หน้า 40-54

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**** อาจารย์พิเศษ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author: e-mail: lekwaraporn.cp@gmail.com Tel. 098-9194153

วันที่รับบทความ: 5 กันยายน 2565, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 6 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 15 ธันวาคม 2565

The Effects of Knowledge Management of First-Line Nurse Managers for Patient Preparation of Medical Imaging via Intravenous Administration of Contrast Media*

Waraporn Chaipalad** Sompan Hinjiranant*** Pranee Meehanpong****

Abstract

Purpose of research: To study the effects of knowledge management (KM) on patient preparation for radiographic diagnosis with intravenous contrast injection on knowledge and attitudes towards knowledge management, and on nursing practice of first-line nurse managers before and after receiving the training.

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

Method: The sample size was 31 first-line nurse managers selected using purposive sampling. One instrument was used in conducting this research. It is a workshop project on knowledge management to prepare patients and is comprised of a training plan, namely, knowledge management lesson plan, knowledge management handbook, and a handbook for patient preparation. Data collection instruments consisted of 1) Knowledge on KM assessment form, 2) Attitude on KM assessment form, and 3) Nursing practice evaluation form. The instruments were validated for content validity by 5 experts, with the content validity index of 0.85, 0.87 and 0.91, respectively. The reliability of the questionnaires were tested using Kuder-Richardson (KR-20) and Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.77, 0.89, and 0.93 respectively. In addition, the reliability of the whole version was 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test statistics were applied for data analysis.

Main findings: The posttest of knowledge and attitude towards KM, and practice of preparation of patients for radiological diagnosis among first-line nurse managers were higher than pretest knowledge with statistical significance at .05 and .01, respectively.

Conclusion and recommendations: Knowledge management on patient preparation for radiological diagnosis affects knowledge and attitudes towards KM and practices in patient preparation among first-line nurse managers. Therefore, nursing administrators should continuously apply knowledge management in practice.

Keywords: Knowledge management, Nursing performance, First-line nurse manager, Patient preparation

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 9(2), 40-54

* Master thesis, Master of Nursing Science Program (Nursing Management), Christian University of Thailand

** Student in Master of Nursing Science Program (Nursing Management), Christian University of Thailand

*** Associate Professor, Thesis Major-Advisor, Master of Nursing Science Program (Nursing Management), Christian University of Thailand

**** Special Lecturer, Thesis Co-Advisor, Master of Nursing Science Program (Nursing Management), Christian University of Thailand

Corresponding author: e-mail: lekwaraporn.cp@gmail.com Tel. 098-9194153

Received: 5 September 2022, Revised: 6 December 2022, Accepted: 15 December 2022

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยเทคโนโลยีและเครื่องมือการตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่ทันสมัย และแม่นยำสูง ส่งผลให้การวางแผนการรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ซึ่งการตรวจส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้สารทึบรังสี โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย ซึ่งสารทึบรังสีนี้จะช่วยให้ภาพถ่ายรังสีมีความชัดเจนขึ้น สามารถแยกเนื้อเยื่อที่ผิดปกติออกจากเนื้อเยื่อปกติ ช่วยให้แพทย์เห็นรอยโรคและสามารถวินิจฉัยโรคได้แม่นยำขึ้น (บัณฑิต เจ้าปฐมกุล, 2560)

แม้ว่าขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (ราชกิจจานุเบกษา, 2551) ห้ามมิให้พยาบาลเป็นผู้ฉีดสารทึบรังสีทุกชนิด อย่างไรก็ตาม พยาบาลยังต้องมีความรู้และการปฏิบัติพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการฉีดสารทึบรังสีโดยแพทย์ การดูแลและเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นก่อน ขณะและภายหลังจากการฉีดสารทึบรังสี การบริหารสารทึบรังสีจึงต้องมีความระมัดระวังอย่างยิ่ง การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ติดตามและเฝ้าระวังการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนจากสารทึบรังสีที่อาจเกิดขึ้นทั้งก่อน ขณะและภายหลังการฉีดสารทึบรังสี

จากข้อมูลของโรงพยาบาลตากสินพบว่า อัตราการงดและเลื่อนการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดเนื่องจากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ยังไม่ครอบคลุมพิจารณาจากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2559-2561)

และในปี พ.ศ.2559 มีผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมไม่ถูกต้องจำนวน 1 ราย ปี พ.ศ.2560 ไม่มีข้อผิดพลาดในการเตรียมผู้ป่วย และปี พ.ศ. 2561 มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยไม่ครบถ้วน จำนวน 2 ราย และมีผู้ป่วยจำนวน 1 รายเป็นผู้ป่วยนอก ที่ผู้ป่วยลืมการเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลตากสิน, 2561)

การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจดังกล่าวและเป็นไปอย่างปลอดภัย หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยก่อนรับการทำการหัตถการดังกล่าวเป็นหน่วยงานหลักที่ต้องเตรียมพร้อมผู้ป่วย โดยเน้นการดูแลร่วมกับแพทย์ตามมาตรฐานการใช้สารทึบรังสีและแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนใช้สารทึบรังสี (วิบูลย์ สุริยจักรยุทธนา และนพเก้า ศุภกุล, 2558) ดังนั้นการที่หอผู้ป่วยไม่ได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วย และไม่มีคู่มือสำหรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้ 1) ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกเลื่อนการตรวจวินิจฉัยทางรังสีก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) การถูกเลื่อนการรักษาออกไป ทำให้เสียโอกาสในการรักษาตามข้อบ่งชี้ของแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลให้โรคอาจลุกลาม รุนแรงมากขึ้น 3) ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ 4) กรณีมีความรีบด่วนในการรักษาไม่สามารถเลื่อนการตรวจออกได้แพทย์เจ้าของไข้จะปรึกษารังสีแพทย์ ซึ่งอาจจะพิจารณาทำการตรวจแบบ ไม่ต้องฉีดสารทึบรังสี (Non contrast) แต่ผลที่ได้แพทย์ผู้ส่งตรวจอาจไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้จากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ได้ และอาจให้แพทย์พิจารณาส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยการฉีดสารทึบรังสีซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีเพิ่มขึ้น 5) ผู้ป่วยที่

ได้รับการนัดตรวจด้วยการฉีดสารทึบรังสีไม่ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและภายหลังได้รับการฉีดสารทึบรังสี และ 6) สูญเสียทรัพยากรของโรงพยาบาล ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ต้องปฏิบัติงานซ้ำๆ สูญเสียสารทึบรังสี และวัสดุอุปกรณ์สำหรับฉีดสารทึบรังสี รวมทั้งเกิดความเสื่อมของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้เนื่องจากถูกใช้งานมากขึ้น (นัท อศวฉัตรโรจน์, 2560) ดังนั้นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเพื่อการทำให้ผลการดังกล่าวจึงมีบทบาทสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นที่มีบทบาทอย่างมากต่อองค์การพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่นำนโยบายและแผนงานจากผู้บริหารระดับสูงลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคนและพัฒนางาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการเพื่อการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด รวมทั้งนิเทศ ติดตามพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอีกด้วย (ปิยนุช อนุแก่นทราย, 2557) และการดำเนินการเพื่อให้เกิดกระบวนการเชิงการบริหารดังกล่าวสามารถนำหลักของการจัดการความรู้มาประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งการจัดการความรู้นับได้ว่าเป็นเครื่องมือในการบริหารองค์กรที่สำคัญทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพ และความรู้ความสามารถของบุคลากร ทำให้บุคลากร สามารถเรียนรู้ร่วมกันโดยการพูดคุย แก้ปัญหาทางาน ร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลที่ก่อให้เกิดความสัมพันธที่ดี มีการทำงานเป็นทีม มีการคิดวางแผนที่จะทำงานร่วมกัน ส่งผลต่อการพัฒนางาน ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Omotayo, 2015)

การจัดการความรู้ เป็นกระบวนการค้นหา รวบรวมความรู้ที่มีอยู่กระจัดกระจายในตัวบุคคลหรือจากเอกสารมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดระบบการจัดเก็บ ผ่านการประมวล กลั่นกรอง ตรวจสอบ ให้บุคคลในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเอง มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต่อยอดความรู้สำหรับนำไปเผยแพร่ รวมทั้งนำไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ (ชดช้อย วัฒนะ, 2561) ทำให้เกิดพัฒนาการของความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร ระบบและกลไกการพัฒนาความรู้ ทักษะให้กับบุคลากรทางการแพทย์บาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลได้ ซึ่งกระบวนการจัดการความรู้มี 7 ขั้นตอน คือ 1) การบ่งชี้ความรู้ (Knowledge identification) 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ (Knowledge creation and acquisition) 3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ (Knowledge organization) 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Knowledge codification and refinement) 5) การเข้าถึงความรู้ (Knowledge access) 6) การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge sharing) และ 7) การเรียนรู้ (Learning) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, ก.พ.ร., 2548) ซึ่งกระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอนดังกล่าวสามารถเพิ่มสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้บริหารทางการแพทย์บาลได้ในระดับที่สูงขึ้น (แสงสม เพิ่มพูล, 2556) รวมทั้งการจัดการความรู้ให้กับบุคลากรส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร การจัดการความรู้มีอิทธิพลทางตรงกับผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ($\beta=0.210$, $p<0.001$) และจัดการความรู้มีอิทธิพลทางตรงกับผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพนักงาน ($\beta=0.102$, $p<0.05$) (Wang, 2009) และการจัดการความรู้มีอิทธิพลกับทางตรงกับผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารและกลุ่มวิชาชีพ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.470$, $p<0.01$) ด้วยเช่นกัน (Mustapa & Mahmood, 2016) นอกจากนี้ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ ส่งผลต่อความรู้และเจตคติอีกด้วย (จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐติ กันตถาวร, 2556; ขุภากรณ์ ศรีบุญทอง, มุกดา หนูศรี และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2561)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการจัดการความรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนา ส่งเสริมการจัดการความรู้ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดให้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นแนวทางในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาผลของการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดต่อความรู้ เจตคติ ต่อการจัดการความรู้ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนและหลังได้รับการอบรม
2. ศึกษาผลของการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดต่อการปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนและหลังได้รับการอบรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ต่อการจัดการความรู้ ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นสูงกว่าก่อนการอบรม
2. เจตคติต่อการจัดการความรู้ ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นดีขึ้นกว่าก่อนการอบรม
3. การปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นสูงกว่าก่อนการอบรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการความรู้ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2548) มาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย กระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน คือ 1) การบ่งชี้ความรู้ 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5) การเข้าถึงความรู้ 6) การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้ และ 7) การเรียนรู้ มาจัดโครงการอบรมการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น การปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดและวัดผลการปฏิบัติงานตามแนวคิดการปฏิบัติงาน (Job performance) ของกรีนสเลด และจิมมีสัน (Greenaslade & Jimmieson, 2007) มาประยุกต์ใช้ด้านผลการปฏิบัติงานในหน้าที่ (Task performance) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลรักษาพยาบาล (Technical care) 2) การให้ข้อมูล (Provision of information)

3) การให้การสนับสนุน (Provision of support) และ 4) การประสานงานการดูแล(Coordination of care) และจากการศึกษาของจันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ (2556) และชฎาภรณ์ ศรีบุญทอง, มุกดา หนูยศรี,

และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2561) ผู้เข้าร่วมโปรแกรม การจัดการความรู้ส่งผลต่อความรู้และเจตคติอีก ด้วย ดังแผนภาพที่ 1

การจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล
ระดับต้นในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการ
ตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการ

ฉีดยาที่บั้งสีเข้าหลอดเลือด

1. กำหนดเป้าหมาย
2. กำหนดวัตถุประสงค์
3. วิธีจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้ของ
ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในการเตรียม
ความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี
ด้วยการฉีดยาที่บั้งสีเข้าหลอดเลือด ประกอบด้วย
การบรรยาย และการประชุมเชิงปฏิบัติการ
4. กระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ของ
(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, ก.พ.ร.,
2548) ประกอบด้วย
 - 4.1 การบ่งชี้ความรู้
 - 4.2 การสร้างและแสวงหาความรู้
 - 4.3 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ
 - 4.4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้
 - 4.5 การเข้าถึงความรู้
 - 4.6 การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้
 - 4.7 การเรียนรู้
5. การจัดการความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการ
เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทาง
รังสีด้วยการฉีดยาที่บั้งสีเข้าหลอดเลือด
 - 5.1 ความรู้
 - 5.2 เจตคติ
 - 5.3 การปฏิบัติการพยาบาล
6. จัดทำคู่มือการจัดการความรู้และคู่มือการเตรียม
ความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี
ด้วยการฉีดยาที่บั้งสีเข้าหลอดเลือด

ผลของการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการ
พยาบาลระดับต้น ในการเตรียมความพร้อม
ผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วย
การฉีดยาที่บั้งสีเข้าหลอดเลือด

1. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้

2. เจตคติต่อการจัดการความรู้

3. การปฏิบัติการพยาบาล

โดยประยุกต์แนวคิดของกรีนสเลต และจิมมีสัน
(Greenslade & Jimmieson, 2007)

3.1 การดูแลรักษาพยาบาล

3.2 การให้ข้อมูล

3.3 การให้การสนับสนุน

3.4 การประสานงานการดูแล

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test and post-test design) ดำเนินการทดลองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตากสิน สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 65 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางสำเร็จรูปของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2014) ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .80 ความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 31 คน ตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 5 ปี และ 2) ยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการความรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด

1.1 แผนการอบรม โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด

กระบวนการจัดการความรู้พัฒนาจากขั้นตอนกระบวนการจัดการความรู้ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร., 2548) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้

1.2 แผนการสอนการจัดการความรู้ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด

1.3 คู่มือการจัดการความรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ของ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, ก.พ.ร., 2548)

1.4 คู่มือการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด มี 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปฏิบัติงานและแผนกที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงาน และ ประสบการณ์ด้านการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นในการปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดเป็นแบบปรนัย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือก เกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นในการปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด จำแนกเป็นรายด้าน จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการดูแลรักษาพยาบาล จำนวน 3 ข้อ 2) ด้านการให้ข้อมูล จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการให้การสนับสนุน จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านการประสานงานการดูแล จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์กำหนด คะแนนดังนี้ คะแนนระดับ 5 หมายถึง ได้ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นมากที่สุดหรือปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ คะแนนระดับ 4 หมายถึง ได้ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นมากหรือปฏิบัติบ่อยครั้ง คะแนนระดับ 3 หมายถึง ได้ปฏิบัติตรง

กับข้อความนั้นปานกลางหรือปฏิบัติเป็นบางส่วน คะแนนระดับ 2 หมายถึง ได้ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อยหรือปฏิบัติเป็นบางส่วน คะแนนระดับ 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ตรงกับข้อความนั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ได้รับการพิจารณาเนื้อหาเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.85, 0.87 และ 0.91 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน และสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.77, 0.89, และ 0.93 ตามลำดับ โดยค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมกลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น เพื่อสอบถามความต้องการในเนื้อหาที่ต้องการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 สร้างเครื่องมือวิจัย

1. สร้างกระบวนการจัดการความรู้ โดยพัฒนามาจากขั้นตอนกระบวนการจัดการความรู้ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร., 2548)

2. สร้างแบบสอบถามวัดความรู้แบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาล ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ

3. หาความตรงของเนื้อหาเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คนและหาความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ด้วยค่า KR 20=0.77 และแบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติกรพยาบาล ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.93 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการจัดการความรู้

จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ให้กับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ชี้นำถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและนัดหมายเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ (Pre-test) โดยแบบสอบถามวัดความรู้ แบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติกรพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการทดลองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บข้อมูลหลังการอบรม (Post- test) รวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการพิจารณาและรับรองให้ทำวิจัยได้ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากแหล่งเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยทำบันทึกถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลพร้อมแนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย แล้วจึงดำเนินการตามขั้นตอนดำเนินการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 - ขั้นตอนที่ 3 ภายหลังจากอบรมจึงขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามเป็นรายเดี่ยว หลังเลิกงานในเวรเช้า ตั้งแต่เวลา 16.00 -16.30 น. ทุกวันราชการจนครบ 31 คน โดยแบ่งกลุ่มตามหอผู้ป่วยที่

ปฏิบัติงาน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย การปกปิดความลับรวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และให้เวลาในการทำแบบสอบถาม 2 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนเมื่อครบกำหนด และตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ผลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียน หมายเลขที่ น.23/2561 และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตากสิน สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครเลขที่ 069/2562 ผู้วิจัยทำการรักษาความลับของข้อมูล โดยเก็บข้อมูลที่ได้ในที่ปลอดภัย ป้องกันการกระทบต่อเอกลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง และหน่วยงานด้วยการไม่เปิดเผย ชื่อสกุล สถานที่ปฏิบัติงาน โดยรายงานผลการวิเคราะห์ในภาพรวม และทำลายข้อมูลทิ้งหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยภายใน 1 ปี

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 31 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 67.7) ทั้งหมดมี

การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.1) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 80.6) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้ (ร้อยละ 87.1)

2. ระดับของความรู้ต่อการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นในการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าระดับของความรู้ต่อการ

จัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น หลังอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้ (Mean=14.93, S.D.=2.04) สูงวก่อก่อนเข้าอบรม (Mean=11.54, S.D.=2.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับของความรู้โดยรวมก่อนเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ($n=31$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ			หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ			t	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ระดับของความรู้โดยรวมของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น	11.54	2.37	ต่ำ	14.93	2.04	ปานกลาง	16.06*	0.00

* $p<.05$

3. เจตคติต่อการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นในการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าเจตคติต่อการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล

ระดับต้น หลังอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้ (Mean =4.44, S.D.=.34) สูงวก่อก่อนเข้าอบรม (Mean =4.02, S.D.=.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เจตคติต่อการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นในการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด ($n=31$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ			หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ			t	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
เจตคติต่อการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นโดยรวม	4.02	.34	ดี	4.44	.34	ดี	6.86*	0.00

* $p<.05$

4. การจัดการความรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นพบว่าการจัดการความรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดยาที่รังสีเข้าหลอดเลือดของผู้บริหาร

ทางการพยาบาลระดับต้น หลังอบรมเชิงปฏิบัติการจัดการความรู้ (Mean=4.11, S.D.=.33) สูงกว่าก่อนเข้าอบรม (Mean=3.75, S.D.=.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนกับหลังเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการจัดการความรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดยาที่รังสีเข้าหลอดเลือด โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n=31$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้าอบรม		หลังเข้าอบรม		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
การปฏิบัติการพยาบาล	3.75	.31	4.11	.33	4.68*	0.00
ด้านการให้ข้อมูล	3.77	.42	4.05	.41	3.02*	0.00
ด้านการให้การสนับสนุน	3.76	.41	4.12	.42	3.96*	0.00
ด้านการประสานงานการดูแล	3.72	.37	4.17	.35	4.19*	0.00
ด้านการดูแลรักษาพยาบาล	3.68	.46	4.16	.46	3.92*	0.00

* $p<.05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดยาที่รังสีเข้าหลอดเลือดของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น หลังอบรมเชิงปฏิบัติการจัดการความรู้ (Mean=4.11, S.D.=.33) สูงกว่าก่อนเข้าอบรม (Mean=3.75, S.D.=.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดยาที่รังสีเข้าหลอดเลือดจึงเพิ่มมากขึ้น ดังที่ Anderson & Willson (2009) ที่ได้กล่าวว่าการจัดการความรู้จะกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร และมีความรู้เพิ่มขึ้น สร้างความรู้ใหม่ๆ มีความคิด

สร้างสรรค์ และเกิดการพัฒนานวัตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำฝน จันทรแดง, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และชาญชัย ดิกชะปัญญา (2555) ที่ศึกษากระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาองค์กรตามแนวทางการบริหารราชการแนวใหม่ของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่าหลังการจัดการความรู้ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ ด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง แตกต่างกับก่อนการจัดการความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เจตคติต่อการจัดการความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดยาที่รังสีเข้าหลอดเลือดของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น หลังอบรมเชิงปฏิบัติการจัดการความรู้ (Mean=4.44, S.D.=.34) สูงกว่า

ก่อนเข้าอบรม (Mean=4.02, S.D.=.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งนี้เกิดจากการจัดการความรู้ทำให้บุคลากรมีความรู้ ซึ่งส่งผลให้มีเจตคติที่ดีต่อการจัดการความรู้ สอดคล้องกับแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964) ที่อธิบายว่า “เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาด้านสติปัญญา ได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก เจตคติและค่านิยม เมื่อบุคคลมีความรู้สึกและเจตคติที่ดีต่อสิ่งใด จะทำให้เกิดพยายามในการปฏิบัติหรือทำงานนั้นๆ ให้สำเร็จ”

การปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น หลังอบรมเชิงปฏิบัติการจัดการความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (S.D.=.33) สูงกว่าก่อนเข้าอบรมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 (S.D.=.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่หลากหลาย อาทิ การศึกษาของหวัง (Wang, 2009) ซึ่งพบว่าผลการจัดการความรู้มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ($\beta=0.210$, $p<.001$) และการจัดการความรู้มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพนักงาน ($\beta=0.102$, $p<.05$) ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของมูสตาปาและมามูด (Mustapa, & Mahmood, 2016) ที่พบว่าผลการจัดการความรู้มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารและกลุ่มวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.470$, $p<.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี เกษมสิริบุญวัฒน์ (2555) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความรู้กับผลการปฏิบัติงานของบุคลากร กรม

โรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม ที่พบว่าผลการจัดการความรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยรวมอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ปุณปวีร์ กิตติกุล, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และพัชราภรณ์ อารีย์ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นมีระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษา หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของชินากาและคณะ (Sinaga et al., 2020) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากบทความวิจัย จำนวน 34 เรื่อง ในฐานข้อมูล Scopus และ Web of Science ตั้งแต่ปี 2009-2020 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณจากประเทศอินโดนีเซีย อิหร่าน จีน อเมริกา ปากีสถาน และอาหรับพบว่าการจัดการความรู้ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากร

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายให้มีการจัดทำรูปแบบการจัดการความรู้เพื่อขยายผลไปยังการปฏิบัติการพยาบาลด้านอื่น
2. ในการนำรูปแบบการจัดการความรู้ดังกล่าวไปใช้ ควรให้ความสำคัญกับการประเมินเจตคติที่มีอยู่เดิม ก่อนจัดทำรูปแบบการจัดการความรู้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- | | |
|--|--|
| <p>1. ควรมีการศึกษาแบบเปรียบเทียบผลของการจัดการความรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในพยาบาลวิชาชีพ แบบสองกลุ่ม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการอบรมการจัดการความรู้กับกลุ่มควบคุม เพื่อ</p> | <p>เป็นการยืนยันผลของการจัดการความรู้ได้น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น</p> <p>2. ควรมีการศึกษาวิจัยการใช้รูปแบบการจัดการความรู้โดยมีการติดตามและประเมินผลระยะเวลานานเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี</p> |
|--|--|

เอกสารอ้างอิง

- ขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. (7 มกราคม 2551). *ราชกิจจานุเบกษา* ตอนพิเศษ. 125(4ง). น. 10-11.
- จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐภูมิ กันตถาวร. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อระดับความรู้และทัศนคติ ในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(2), 75-87.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2561). การจัดการความรู้ด้วยการถอดบทเรียน ใน *การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ 6 ปี 2561* (น. 220). จันทบุรี, ประเทศไทย
- ชฎาภรณ์ ศรีบุญทอง, มุกดา หนูศรี และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2561). ผลของการจัดการความรู้ต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายของวัยทำงานที่มีไขมันในเลือดสูง ชุมชนหอมแดง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 167-176.
- ชมพู เนินหาด, สุชาดา นิมวัฒนากุล และปาลิรัญญ์ ฐาสีรสวัสดิ์. (2561). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาตน พัฒนางานอย่างสร้างสรรค์: กรณีศึกษาบุคลากรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 217-230.
- น้ำฝน จันทรแดง, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และชาญชัย ดิกะปัญญา. (2555). กระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาองค์กรตามแนวทางการบริหารราชการแนวใหม่ของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *J Sci Technol MSU*, 31(4), 383-392.
- นัท อัครฉัตรโรจน์. (2560). *ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล: การพัฒนากระบวนการจัดการที่บริษัทโดยใช้เครื่องจัดการที่บริษัท และการทำหัตถการในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ฉุกเฉินนอกเวลาราชการ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์
- บัณฑิต เจ้าปฐมกุล. (2560). *คู่มือคำแนะนำการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ. “สารช่วยการวินิจฉัยโรคด้านรังสีวิทยาวินิจฉัย”* สำนักงานคณะกรรมการและยา: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์
- ปิยนุช อนุแก่นทราย. (2557). *องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทย ภายใต้บริบทประชาคมอาเซียน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- บุญปวีร์ กิตติกุล, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, พิชราภรณ์ อารีย์. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(3), 47-60.
- ภาวิณี เกษมสิริบุญวัฒน์. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความรู้กับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาการบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- โรงพยาบาลตากสิน. (2561). งานเวชระเบียนและสถิติ 2561. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลตากสิน.
- วัชรีย์ แสงมณี, ยุพิน วัฒนสิทธิ์, และน้ำทิพย์ แก้ววิชิต. (2561). ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลต่อการรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(3), 94-102.
- วิบูลย์ สุริยจักรยุทธนา และนพเก้า ศุภกุล. (2558). มาตรฐานการใช้สารที่บ่งชี้และแนวทางการเตรียมตัวก่อนใช้สารที่บ่งชี้. *วชิรเวชสาร*, 59(1), 73-80.
- แสงสม เพิ่มพูน. (2556). *การจัดการความรู้ในการสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2548). *คู่มือสมรรถนะราชการพลเรือนไทย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- อรนุช ธรรมศร, ชัยพร การะเกตุ และสุกัญญา เขียวสะอาด. (2560). ผลของรูปแบบเตรียมความพร้อมก่อนฉีดสีสวนหลอดเลือดหัวใจเชิงคำ One Stop Service-Two Days Care ต่อความรู้ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจในบริการและค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(6), 1093-1102.
- Anderson, J. A., & Willson, P. (2009). Knowledge management: organizing nursing care knowledge. *Critical care nursing quarterly*, 32(1), 1-9.
- Bloom, B.S. (1964). *Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain*. New York: David McKay.
- Greenslade, J.H., & Jimmieson, N.L. (2007). Distinguishing between task and contextual performance for nurses: Development of a job performance scale. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 602-611.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. (9thed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Mustapa, A. N., & Mahmood, R. (2016). Knowledge management and job performance in the public sector: The moderating role of organizational commitment. *International Journal of Research in Business Studies and Management*, 3(7), 28-36.

- Omotayo, F.O. (2015). Knowledge management as an important tool in organizational management: A review of literature. *Library Philosophy and Practice*, 1(2015), 1-23.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott/Williams & Wilkins Health. United States.
- Sinaga, S. P. H., Maulina, E., Tresna, P. W., Sukoco, I., Purnomo, M., & Kostini, N. (2020). Knowledge management and employee performance: A systematic literature review. *Russian Journal of Agricultural and Socio-Economic Sciences*, 5(101), 150-159
DOI:10.18551/rjoas.2020-05.16.
- Wang, H. K. C. (2009). A study on the relationships among knowledge management, situational factors, professionals' core competencies and job performance taking the vocational training centers and employment service centers as example. In *The 2009 International Conference on Human Resource Development (2009 IHRD) Proceeding Taipei, Taiwan*. (p. 341-348).

การอ่านฉลากโภชนาการ : ความสำคัญที่ควรเริ่มต้นในเด็ก

สุภาพร เขยชิด*, ธนัญฐณน มัธยะจันทร์*

บทคัดย่อ

เด็กวัยเรียนตอนปลายมีการบริโภคอาหารว่างประเภท ขนมกรุบกรอบ ขบเคี้ยวซึ่งไม่มีสารอาหารที่จำเป็นในปริมาณที่เพิ่มขึ้นและมีความรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนตอนปลายอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ ฉลากโภชนาการเป็นข้อมูลหนึ่งที่อาจช่วยให้เด็กวัยเรียนตอนปลายสามารถเลือกรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ ดังนั้นการให้ความรู้ในการอ่านฉลากโภชนาการและการพิจารณาสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” บนฉลากอาหาร นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปลูกฝังให้กับเด็กในวัยเรียนตอนปลาย โดยบิดามารดา ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมกรรมการบริโภค รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพและโรงเรียนควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการให้กับเด็กวัยเรียนโดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม สอดแทรกหรือบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สื่อการสอนเรื่องการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อให้เด็กได้มีความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง โดยไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย อารมณ์ และสังคม ดังนั้นเด็กจะเจริญเติบโตเป็นอนาคตที่ดีของประเทศชาติต่อไป

คำสำคัญ: ฉลากโภชนาการ, เด็กวัยเรียนตอนปลาย, ขนมกรุบกรอบ

Reading Nutrition Label : The Importance Should Begin with the Child

Supaporn Chaychit*, Thanatthamon Matthayachan*

Abstract

Late school-age children are most likely exposed to the increased consumption of snacks overloaded with unnecessary nutrients, and the health knowledge among them was at a fair level. This may affect health care effectively. Thus, a nutritional label for every food and beverage product is necessary for late school - age children to make right choices and avoid unhealthy foods. Therefore, it is important to educate children to read the nutritional label of food products with “healthier choice”. The responsibility of teaching the children to develop excellent dietary habits must be taken seriously by parents and guardians. Health workers and schools should also play an important role in promoting knowledge and understanding of nutrition among school-age children by organizing activities by using teaching materials to promote right dietary habits through reading nutritional labels without affecting physical, emotional, and social health. So, they will grow up to be a good future of the nation.

Keywords: Nutrition label, Late school-age, Snack

บทนำ

ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน เป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization [WHO], 2021) ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายของประชากรไทย ในอันดับต้นๆ ในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยพบว่าปัญหาโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็กมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน โดยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2561 ร้อยละ 9.7, 10.2, 11.1, 11.1 และ 11.7 ตามลำดับ ปี พ.ศ. (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งล่าสุดพบว่าจากรายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการ ในปี พ.ศ. 2563 ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12.5 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) อีกทั้งพบว่าร้อยละ 30-80 ของเด็กอ้วนเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ยังคงอ้วนและป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุที่ทำให้เด็กอ้วนส่วนใหญ่มาจากการบริโภคขนมขบเคี้ยวตลอดเวลา เพราะหาซื้อง่าย มีสีกลิ่นหลากหลายและราคาไม่แพง สิ่งที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งคือขนมขบเคี้ยวมักประกอบด้วยแป้ง น้ำตาล น้ำมัน ผงชูรส ซึ่งแป้งได้ถูกขัดสีจนฟอกขาวและมีน้ำตาลสูง หากเด็กกินขนมขบเคี้ยวบ่อยครั้งเป็นเวลานาน ส่วนประกอบต่างๆ โดยเฉพาะแป้งและน้ำตาลจะเปลี่ยนเป็นไขมันและสะสมตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครอง

ผู้บริโภค, 2557) และจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างและขนมของเด็กนักเรียน พบว่าเด็กในระดับประถมศึกษามีการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มคิดเป็นร้อยละ 47 ของอาหารที่บริโภคต่อวันคิดเป็นพลังงาน 500 กิโลแคลอรี ซึ่งเท่ากับหนึ่งในสี่ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน (อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และคณะ, 2563 อ้างใน อุไรพร จิตต์แจ้ง และคณะ, 2557) จากรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าการกินขนมกรุบกรอบมีความถี่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็ก 6-14 ปี โดยพบว่าเด็กอายุ 6-14 ปี มีมากกว่าหนึ่งในสี่คนกินขนมกรุบกรอบทุกวัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554)

การบริโภคขนมกรุบกรอบและอาหารสำเร็จรูปที่ให้พลังงานสูงมีอิทธิพลจากการโฆษณาเป็นสาเหตุของปัญหาการบริโภคอาหารเกินความต้องการของเด็กซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เด็กวัยนี้ยังขาดวุฒิภาวะในการไตร่ตรอง การเรียนรู้และซึมซับข้อมูลจากสื่อต่างๆ ส่งผลต่อความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของเด็กไปจนโตทำให้เด็กมีพฤติกรรมบริโภคนิสัยที่ไม่ส่งเสริมต่อภาวะสุขภาพ หากขาดการอบรมที่ดีในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จะทำให้เด็กขาดความรู้และขาดการตระหนักถึงโทษหรือพิษภัยจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง แสดงถึงความพร่องในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมินและใช้สารสนเทศด้านสุขภาพลดลงไปด้วย ซึ่งทั้งหมดคือความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 7-14 ปี) ของกองสุขศึกษา ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 59.9) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 36.7)

จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จึงไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี การมีฉลากโภชนาการในอาหารแต่ละชนิดจึงอาจช่วยสนับสนุนการเลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

ฉลากโภชนาการเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้บริโภคในการพิจารณาอาหารที่ควรได้รับตามความต้องการของแต่ละบุคคล ช่วยให้ทราบถึงชนิดและปริมาณสารอาหารที่จะได้รับจากการบริโภคอาหารนั้นๆ และยังช่วยให้หลีกเลี่ยงสารอาหารที่ไม่ต้องการได้ การอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้ออาหารจึงเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากผู้บริโภคสามารถนำข้อมูลบนฉลากมาพิจารณาเพื่อเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะกับสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงอาหารที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ การรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงพลังงานและสารอาหารที่ได้รับ อาจทำให้ผู้บริโภคได้รับสารอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสมและเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ ซึ่งจากผลการวิจัยเด็กวัยเรียนในจังหวัดเพชรบุรี พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการนั้นอยู่ในระดับพอใช้ (อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และคณะ, 2563)

เด็กวัยเรียนตอนปลายอายุ 10-12 ปี เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีความสามารถในการตัดสินใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการเจ็บป่วย มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ (พิมพารณ์ กลั่นกลิ่น, 2555) ดังนั้นจึงเป็นวัยที่บิดามารดาและครอบครัวซึ่งเป็น

บุคคลแรกทางสังคมที่มีความสำคัญใกล้ชิดควรมีบทบาทสำคัญในการเริ่มต้นส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในเด็กเรื่องความรู้ในการอ่านฉลากโภชนาการ และนอกจากนั้นบุคลากรด้านสุขภาพและโรงเรียนก็ควรมีบทบาทในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการให้กับเด็กวัยเรียนตอนปลายได้ในรูปกิจกรรมหรือเกม เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้สอดแทรกหรือบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สื่อการสอนเรื่องการอ่านฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียนตอนปลาย (อายุ 10-12 ปี)

ฉลากโภชนาการ คือ ฉลากอาหารที่มีการแสดงข้อมูลโภชนาการ ซึ่งระบุชนิดและปริมาณสารอาหารของอาหารนั้นอยู่ในกรอบสี่เหลี่ยมเรียกว่า “กรอบข้อมูลโภชนาการ” หรือที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า “Nutrition Information” ที่ระบุรายละเอียดของชนิดและปริมาณสารอาหารที่มีในอาหารนั้นไว้ (อเนสด็คส์, 2563) ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงชนิดและปริมาณสารอาหารที่จะได้รับจากการบริโภคอาหารนั้นๆ ทำให้เลือกบริโภคอาหารได้ตรงตามภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคล และสามารถนำมาเปรียบเทียบ เพื่อเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ให้ประโยชน์มากที่สุดและเหมาะสมต่อผู้บริโภค ซึ่งมีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่ ฉลากโภชนาการแบบเต็ม ฉลากโภชนาการแบบย่อ และฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ ดังนี้

1. ฉลากโภชนาการแบบเต็ม

ฉลากโภชนาการแบบเต็ม เป็นฉลากที่แสดงชนิดและปริมาณสารอาหารที่สำคัญที่ควรทราบทั้งหมด 15 รายการ มักปรากฏอยู่ด้านหลังหรือด้านข้างของบรรจุภัณฑ์

ข้อมูลโภชนาการ			
หนึ่งหน่วยบริโภค :.....(.....)			
จำนวนหน่วยบริโภคต่อ :			
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค			
พลังงานทั้งหมด กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน กิโลแคลอรี)			
		ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน *	
ไขมันทั้งหมด	 ก.		%
ไขมันอิ่มตัว	 ก.		%
โคเลสเตอรอล	 มก.		%
โปรตีน	 ก.		
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	 ก.		%
ใยอาหาร	 ก.		%
น้ำตาล	 ก.		
โซเดียม	 มก.		%
		ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน *	
วิตามินเอ	%	วิตามินบี 1	%
วิตามินบี 2	%	แคลเซียม	%
เหล็ก	%		
* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี			
ความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารต่าง ๆ ดังนี้			
ไขมันทั้งหมด		น้อยกว่า	65 ก.
ไขมันอิ่มตัว		น้อยกว่า	20 ก.
โคเลสเตอรอล		น้อยกว่า	300 มก.
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด			300 ก.
ใยอาหาร			25 ก.
โซเดียม		น้อยกว่า	2,400 มก.
พลังงาน (กิโลแคลอรี) ต่อกรัม : ไขมัน = 9 ; โปรตีน = 4 ; คาร์โบไฮเดรต = 4			

รูปภาพที่ 1 ฉลากโภชนาการแบบเต็ม

ที่มา : <https://today.line.me/th/v2/article/2Rk0eB>

2. ฉลากโภชนาการแบบย่อ

ฉลากโภชนาการแบบย่อ เป็นฉลากที่แสดงชนิดและปริมาณสารอาหารจำนวนตั้งแต่ 8

รายการ จากจำนวนที่กำหนดไว้ 15 รายการนั้น มีปริมาณน้อยมากจนถือว่าเป็นศูนย์ จึงไม่มีความจำเป็นต้องแสดงให้เต็มรูปแบบ

ข้อมูลโภชนาการ	
หนึ่งหน่วยบริโภค :	
จำนวนหน่วยบริโภคต่อ :	
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค	
พลังงานทั้งหมด กิโลแคลอรี	
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน *	
ไขมันทั้งหมด ก.	%
โปรตีน ก.	%
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด ก.	%
น้ำตาล ก.	%
โซเดียม มก.	%
* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี	

รูปภาพที่ 2 ฉลากโภชนาการแบบย่อ

ที่มา : <https://today.line.me/th/v2/article/2Rk0eB>

3. ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ

(Guideline Daily Amounts: GDA)

ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ หรือ ฉลากหวานมันเค็ม เนื่องจากฉลากโภชนาการแบบเต็มนี้ มีรายละเอียดค่อนข้างมาก มีขนาดตัวอักษรเล็ก และอ่านเข้าใจได้ยาก ทำให้ผู้บริโภคมองเห็นข้อมูลไม่ชัดเจน จึงมีการปรับปรุงฉลากโภชนาการให้เห็นชัดเจนและอ่านเข้าใจง่ายขึ้น โดยนำค่าพลังงานสารอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมาแสดงเพิ่มเติมจากฉลากโภชนาการ ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอนั้นปรากฏอยู่ด้านหน้าบรรจุภัณฑ์อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 374) พ.ศ. 2559 เรื่องอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมแบบจีดีเอ ได้แก่ กลุ่มอาหาร 5 กลุ่ม ดังนี้

3.1 อาหารขบเคี้ยว ได้แก่ มันฝรั่ง

ทอดหรืออบกรอบ ข้าวโพดคั่วทอดหรืออบกรอบ ข้าวเกรียบทอดหรืออบกรอบ หรืออาหารขบเคี้ยวชนิดอบพอง ถั่วหรือนัททอดหรืออบกรอบ หรืออบเกลือ หรือเคลือบปรุงรส และปลาเส้นทอดหรืออบกรอบ หรือปรุงรส

3.2 ซ็อกโกแลต และผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะเดียวกัน

3.3 ผลิตภัณฑ์ขนมอบ ได้แก่ ขนม

ปังกรอบ แครกเกอร์ บิสกิต เวเฟอร์สอด้ไส้ คุกกี้เค้ก และพาย เพสตรี ทั้งชนิดที่มีและไม่มีไส้

3.4 อาหารกึ่งสำเร็จรูป ได้แก่

ก๋วยเตี๋ยว ก๋วยจั๊บ บะหมี่ เส้นหมี่ และวุ้นเส้น ทั้งชนิดที่มีการปรุงแต่งและไม่ปรุงแต่ง ของเครื่องปรุง ข้าวต้มและโจ๊กที่ปรุงแต่ง

3.5 อาหารมื้อหลักที่เป็นอาหารจานเดียวซึ่งต้องเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือตู้แช่แข็งตลอดเวลาจำหน่าย

การกำหนดให้อาหารดังกล่าวข้างต้นเหล่านี้แสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมบนฉลาก นั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้บริโภคเปรียบเทียบปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ระหว่าง

ผลิตภัณฑ์อาหารชนิดเดียวกัน และสามารถเลือกบริโภคหรือหลีกเลี่ยงอาหารได้ตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยผู้บริโภคสามารถเปรียบเทียบคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ได้ทันทีจากตัวเลขด้านหน้าและยังนำไปปรับใช้ในการบริโภคอาหารให้สมดุลดังรูปภาพที่ 3 (ฉัตรชัย นกดี, 2560)



รูปภาพที่ 3 ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ

ที่มา : <https://db.oryor.com/databank/data/printing/printing/610305>.

อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ

อาหารที่มีการกล่าวอ้างหรือใช้คุณค่าทางโภชนาการเพื่อส่งเสริมการขายต้องแสดงฉลากโภชนาการ ดังต่อไปนี้ (บริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด, 2564)

1. อาหารที่มีการแสดงข้อมูลชนิดสารอาหาร ปริมาณสารอาหาร หน้าที่ของสารอาหาร เช่น มีไขมันร้อยละ 0 และมีแคลเซียมสูง เป็นต้น
2. อาหารที่มีการใช้คุณค่าทางอาหารหรือทางโภชนาการในการส่งเสริมการขาย เช่น ผลิตภัณฑ์เพื่อบำรุงสุขภาพ สดใส แข็งแรง แต่ห้ามแสดงสรรพคุณในลักษณะป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความอ้วนและป้องกันโรคมะเร็ง เป็นต้น

3. อาหารที่มุ่งใช้ในกลุ่มผู้บริโภคเฉพาะกลุ่มเพื่อการส่งเสริมการขาย เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. อาหารที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนดให้ต้องแสดงฉลากโภชนาการ เนื่องจากพิจารณาแล้วว่าเป็นอาหารที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในด้านคุณค่า คุณประโยชน์ทางโภชนาการอย่างแพร่หลาย

ประโยชน์ของฉลากโภชนาการสำหรับเด็กวัยเรียนตอนปลาย

การแสดงฉลากโภชนาการบนผลิตภัณฑ์ จะช่วยทำเด็กวัยเรียนตอนปลาย ได้รับประโยชน์จากการอ่านฉลากโภชนาการ ดังนี้

1. ได้ทราบถึงปริมาณปริมาณสารอาหารที่สำคัญเพื่อเลือกซื้ออาหารและเลือกบริโภคให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1.1 ปริมาณของไขมัน

ในเด็กวัยเรียนตอนปลาย (อายุ 10-12 ปี) ควรได้รับไขมันทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 25-35 ของพลังงานทั้งหมด ไขมันอิ่มตัวร้อยละ 8 ของพลังงานทั้งหมด หากรับประทานมากเกินไปจะก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคอ้วนและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงซึ่งทำให้ เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดอุดตันได้ง่าย และเป็นสาเหตุเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการอ่านฉลากโภชนาการจะทำให้ทราบถึงปริมาณไขมันทั้งหมดและไขมันแต่ละชนิด เช่น ไขมันอิ่มตัว

1.2 ปริมาณใยอาหาร

เด็กวัยเรียนตอนปลาย ร่างกายควรจะได้รับปริมาณของใยอาหารประมาณ 15-17 กรัมต่อวัน การได้รับปริมาณใยอาหารที่เพียงพอจะช่วยไม่ให้อาหารไม่อยู่ในลำไส้นาน ท้องไม่ผูก ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในลำไส้ และการบริโภคใยอาหารที่มากเกินไปอาจขัดขวางการดูดซึมวิตามินและแร่ธาตุบางชนิด

1.3 ปริมาณโซเดียม

เด็กวัยเรียนมักบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือหรือโซเดียมเกินปริมาณที่ร่างกายต้องการเช่น ขนมขบเคี้ยว อาจเป็นสาเหตุของโรคต่างๆ ที่ร้ายแรง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งเด็กเพศชายอายุ 9-12 ปีควรได้รับปริมาณโซเดียม 400-1,175 มิลลิกรัมต่อวัน และเด็กเพศหญิงอายุ 9-12 ปี ควรได้รับปริมาณโซเดียม 350-1,100 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้นการอ่านฉลากโภชนาการจะทำให้ได้ทราบว่า

ปริมาณของเกลือหรือโซเดียมที่เพียงพอต่อความจำเป็นของร่างกาย และผลิตภัณฑ์ชนิดใด ที่ให้ปริมาณโซเดียมมากจนเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายควรหลีกเลี่ยงที่จะบริโภค

1.4 ปริมาณน้ำตาล

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้บริโภคน้ำตาลได้ไม่เกินร้อยละ 5 ของพลังงานที่ได้รับในหนึ่งวัน ถ้าเด็กวัยเรียนบริโภคน้ำตาลที่ใช้เติมในอาหารและเครื่องดื่มมากเกินไปจะทำให้ร่างกายได้รับพลังงานส่วนเกินส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เกิดฟันผุได้ง่าย การอ่านฉลากโภชนาการจะทำให้ทราบระดับปริมาณของน้ำตาลในผลิตภัณฑ์ชิ้นนั้น ทำให้สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลที่บริโภคได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้เด็กวัยเรียนตอนปลายมีสุขภาพฟันที่ดี และลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน

2. มีความรู้สามารถเปรียบเทียบเพื่อเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารชนิดเดียวกัน โดยเลือกที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ดีและเหมาะสมกับวัยได้ (บริษัท ห้างปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด, 2564)

3. สามารถทราบปริมาณของวัตถุดิบทั้งหมด (Khongrit Somchai, 2563) การอ่านฉลากโภชนาการ จะทำให้เด็กทราบถึงชนิด ปริมาณ ของวัตถุดิบและให้พลังงานรวมทั้งหมดที่จะได้รับ ทำให้เด็กสามารถเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีสารอาหารที่เหมาะสมกับวัยได้

4. สามารถทราบถึงสารอาหารที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารประเภทขนมของขบเคี้ยว หรือลูกอม อาหารบางอย่างอาจมีส่วนผสมของสารปรุงแต่งอาหาร สารเคลือบสีให้เงางาม ซึ่งบางชนิดอาจส่งผลที่ไม่ดีต่อสุขภาพของเด็ก หากรับประทานในปริมาณมาก

5. สามารถทราบถึงปริมาณของสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น วิตามินและแร่ธาตุที่ควรได้รับ การอ่านฉลากโภชนาการจะช่วยให้

วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ

วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ แบ่งเป็นการอ่านฉลากโภชนาการแบบเต็มและแบบย่อซึ่งใช้

เด็กวัยเรียนตอนปลายสามารถคำนวณปริมาณของสารอาหารเหล่านั้นได้ตามที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

หลักเกณฑ์เดียวกัน และการอ่านฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการอ่านดังต่อไปนี้ (อเนสด์ออคส์, 2563)

ข้อมูลโภชนาการ		
หนึ่งหน่วยบริโภค: 2 ช้อน (25 กรัม)		
จำนวนหน่วยบริโภคต่อภาชนะบรรจุ: 22		
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค		
พลังงานทั้งหมด 90 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 0 กิโลแคลอรี)		
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*		
ไขมันทั้งหมด 0 ก.		0%
ไขมันอิ่มตัว 0 ก.		0%
โคเลสเตอรอล 0 มก.		0%
โปรตีน 9 ก.		
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 13 ก.		4%
ใยอาหาร 3 ก.		12%
น้ำตาล 9 ก.		
โซเดียม 80 มก.		3%
โพแทสเซียม 279.68 มก.		8%
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*		
วิตามินเอ 20%	วิตามินบี 1 50%	
วิตามินบี 2 30%	แคลเซียม 25%	
เหล็ก 20%	วิตามินอี 120%	
วิตามินบี 12 80%	วิตามินบี 9 70%	
วิตามินบี 7 50%	วิตามินดี 2 45%	
ทองแดง 40%	สังกะสี 35%	
วิตามินบี 6 30%	วิตามินบี 3 30%	
วิตามินซี 30%	วิตามินบี 5 25%	
แมกนีเซียม 20%	แมงกานีส 2%	
* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี		
ความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารดังต่อไปนี้		
ไขมันทั้งหมด	น้อยกว่า	65 ก.
ไขมันอิ่มตัว	น้อยกว่า	20 ก.
โคเลสเตอรอล	น้อยกว่า	300 มก.
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด		300 ก.
ใยอาหาร		25 ก.
โซเดียม	น้อยกว่า	2,400 มก.
พลังงาน (กิโลแคลอรี) ต่อกรัม: ไขมัน = 9; โปรตีน = 4; คาร์โบไฮเดรต = 4		

ส่วนที่ 1

หน่วยบริโภค

ส่วนที่ 2

พลังงานต่อหนึ่งหน่วยบริโภค

ส่วนที่ 3

ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน

ส่วนที่ 4

*Thai RDI
ปรากฏเฉพาะในฉลากโภชนาการแบบเต็ม

รูปภาพที่ 4 การอ่านฉลากโภชนาการแบบเต็ม

ที่มา: <https://today.line.me/th/v2/article/2Rk0eB>

ส่วนที่ 1 หน่วยบริโภค คือ ปริมาณที่แนะนำให้รับประทานต่อครั้ง (จากรูปภาพที่ 4 คือแนะนำให้รับประทานครั้งละ 2 ช้อน) เรียก 1 หน่วยบริโภค จะได้รับพลังงานและสารอาหารในปริมาณที่ระบุไว้ในส่วนที่ 2 และ 3 ส่วนจำนวนหน่วยบริโภคต่อภาชนะบรรจุ หมายถึง จำนวนครั้งที่แนะนำให้บริโภคตามที่ระบุไว้ในหนึ่งหน่วยบริโภคแล้วได้รับพลังงานตามที่ต้องการ (จากรูปภาพที่ 4 คือ ถ้าแนะนำให้รับประทาน 22 ครั้ง ในหนึ่งวัน (ครั้งละ 2 ช้อน) และหรือหากรับประทานผลิตภัณฑ์นี้หมดในครั้งเดียว (จาก 22 ครั้งมารวมกัน) คุณค่าทางโภชนาการที่จะได้รับก็จะเพิ่มขึ้นเท่ากับจำนวนหน่วยบริโภคนั้น (จากรูปภาพที่ 4 คือ ถ้ารับประทานผลิตภัณฑ์นี้หมดในครั้งเดียว (จาก 22 ครั้งมารวมกัน) จะได้รับปริมาณสารอาหารเป็น 22 เท่าของปริมาณที่แสดงในส่วนที่ 3

ตัวอย่างการคำนวณ เช่น หากรับประทานผลิตภัณฑ์นี้หมดภายในครั้งเดียว (จาก 22 ครั้งมารวมกัน)

1) จะได้รับใยอาหารทั้งหมด 66 กรัม โดยได้มาจากค่า ปริมาณใยอาหารหนึ่งหน่วยบริโภคในฉลากโภชนาการ คูณกับ จำนวนหน่วยบริโภค เท่ากับ $3 \times 22 = 66$

2) จะได้รับใยอาหารเทียบเท่าร้อยละ 264 ของปริมาณที่แนะนำต่อวัน โดยได้มาจากค่าร้อยละของปริมาณใยอาหารที่แนะนำต่อวัน คูณกับจำนวนหน่วยบริโภคเท่ากับ $12 \times 22 = 264$

ส่วนที่ 2 พลังงานต่อหนึ่งหน่วยบริโภค คือปริมาณพลังงานที่จะได้รับเมื่อรับประทานตามปริมาณที่ระบุในหนึ่งหน่วยบริโภค (จากรูปภาพที่ 4 คือ หากรับประทานตามที่ระบุหนึ่งหน่วยบริโภค หรือเท่ากับ 2 ช้อน และเทียบเท่ากับ 25 กรัม หมายถึงจะได้รับพลังงาน 90 กิโลแคลอรี)

ตัวอย่างการคำนวณ เช่น หากรับประทานผลิตภัณฑ์นี้หมดภายในครั้งเดียว จะได้รับพลังงานทั้งหมด 1,980 กิโลแคลอรี โดยได้มาจากค่าพลังงานหนึ่งหน่วยบริโภคในฉลากโภชนาการ คูณกับจำนวนหน่วยบริโภค เท่ากับ $90 \times 22 = 1,980$

ส่วนที่ 3 ร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้ต่อวัน คือ สารอาหารที่ได้รับจากการบริโภคแต่ละครั้งนั้นคิดเป็นสัดส่วนเท่าใดของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน รวมทั้งแสดงปริมาณสารอาหารในหน่วยกรัมหรือมิลลิกรัมด้วย (จากภาพคือ หากรับประทานผลิตภัณฑ์นี้หนึ่งหน่วยบริโภค หรือเท่ากับ 2 ช้อน หมายถึงเราจะได้รับโซเดียม 80 มิลลิกรัม หรือเทียบเท่าร้อยละ 3 ของปริมาณที่แนะนำให้ต่อวัน)

ส่วนที่ 4 ปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน (Thai recommended daily intakes ; Thai RDI) สำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป คิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

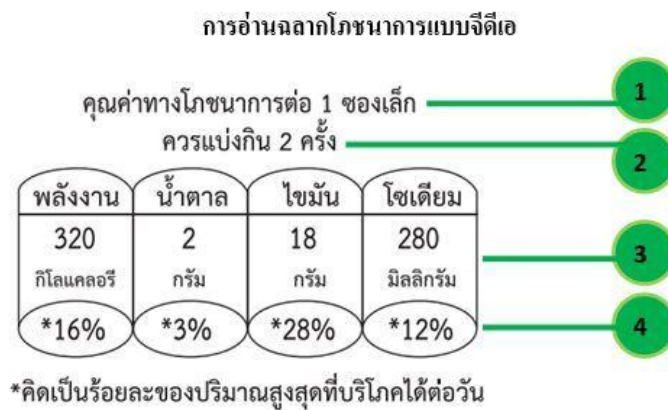
- 1) ไขมันทั้งหมด น้อยกว่า 65 กรัม
- 2) กรดไขมันอิ่มตัว น้อยกว่า 20 กรัม
- 3) โคเลสเตอรอล น้อยกว่า 300 มิลลิกรัม
- 4) คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 300 กรัม
- 5) ใยอาหาร 25 กรัม
- 6) โซเดียม น้อยกว่า 2,400 มิลลิกรัม

เมื่อพิจารณาพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็ก การสอนการอ่านฉลากโภชนาการควรเริ่มต้นที่วัยเรียนตอนปลายหรือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ดังนั้นการสอนให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจได้มากขึ้นนั้น สามารถใช้กิจกรรมการส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการหรือ

เกมสอดแทรก เช่น เกมอ่านฉลากโภชนาการ “อ่านเป็น กินเป็น” เป็นเกมเรียนรู้เรื่องปริมาณ น้ำตาล โซเดียม ไขมัน และพลังงานต่อหน่วยบริโภค บนฉลากอาหาร (เนสท์เล่ ประเทศไทย, ม.ป.ป.) เป็นต้น ซึ่งการอ่านฉลากโภชนาการด้วยวิธีการอ่าน

ฉลากโภชนาการแบบเต็มนี้ควรเรียนรู้การอ่าน โภชนาการแบบจีดีเอที่เน้นลดการบริโภคหวานมัน เค็มควบคู่ไปด้วยกัน ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ภาวะน้ำหนักเกินได้อย่างดียิ่งขึ้น

การอ่านฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ



รูปภาพที่ 5 การอ่านฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ

ที่มา: <https://today.line.me/th/v2/article/2Rk0eB>

ฉลากจีดีเอ (Guideline Daily Amounts: GDA) หรือเรียก ฉลากหวานมันเค็ม ที่มีการแสดงค่า พลังงาน น้ำตาล (กรัม) ไขมัน (กรัม) และโซเดียม (มิลลิกรัม) ต่อหนึ่งหน่วยบรรจุภัณฑ์ (กล่อง ขึ้น ห่อ ซอง) ของผลิตภัณฑ์อาหาร ที่แสดงบนฉลาก ด้านหน้าบรรจุภัณฑ์ จากรูปภาพที่ 5 แสดง องค์ประกอบของสัญลักษณ์โภชนาการแบบจีดีเอ ประกอบด้วย 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 “คุณค่าทางโภชนาการต่อ ...” (เว้นไว้ให้แสดงปริมาณที่เข้าใจง่ายของหนึ่ง หน่วยบรรจุภัณฑ์ เช่น 1 ถ้วย 1 ซอง 1 กล่อง 1 ถู 1 แท่ง)

ส่วนที่ 2 “ควรแบ่งกิน...ครั้ง”(เว้นไว้ให้ แสดงจำนวนครั้งที่แนะนำให้รับประทาน ซึ่งคำนวณ

ได้จากปริมาณหนึ่งหน่วยบรรจุภัณฑ์หารด้วยหนึ่ง หน่วยบริโภค)

ส่วนที่ 3 แสดงค่าพลังงาน (กิโลแคลอรี) น้ำตาล (กรัม) ไขมัน (กรัม) และโซเดียม (มิลลิกรัม) ที่ ร่างกายได้รับ เมื่อเรารับประทานผลิตภัณฑ์นี้หมด ภายในครั้งเดียว (เป็นปริมาณสารอาหารของทั้ง บรรจุภัณฑ์)

ส่วนที่ 4 แสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม เป็นร้อยละ ดังนี้

4.1 ค่าพลังงานคิดเป็นร้อยละของ พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี

4.2 ค่าน้ำตาลคิดเป็นร้อยละของ น้ำตาล 65 กรัม

4.3 ค่าไขมันคิดเป็นร้อยละของไขมัน 65 กรัม

4.4 ค่าโซเดียมคิดเป็นร้อยละของโซเดียม 2,400 มิลลิกรัม

การสอนการอ่านฉลากโภชนาการที่ควรเริ่มต้นในเด็กวัยเรียนตอนปลาย เพื่อช่วยให้เด็กในวัยนี้เข้าใจในการอ่านฉลากได้เข้าใจและง่ายขึ้นสามารถใช้การส่งเสริมด้วยกิจกรรมหรือเกมเช่นเดียวกันกับการสอน การอ่านฉลากโภชนาการแบบเต็ม แต่รูปแบบในการสอนด้วยเกมจะมีให้เลือกหลากหลายมากขึ้น เช่น เกมบิงโก อ่านฉลาก (หวาน มัน เค็ม) เป็นการเล่นเกมที่สอนวิธีอ่านฉลากหวาน มัน เค็ม ผ่านกิจกรรมบิงโก ให้เด็กได้เรียนรู้คุณค่าทางโภชนาการของอาหารและปริมาณที่เหมาะสมต่อหน่วยบริโภค เกมจับฉลาก ล้วงความลับ ซึ่งเป็นการทดสอบความเข้าใจเรื่องการอ่านฉลากโภชนาการ และฉลากหวาน มัน เค็ม ด้วยกิจกรรมสุ่มจับของขนมที่เด็กๆ ชอบ แล้วให้เด็กบอกและอธิบายรายละเอียดบนซองตามความเข้าใจเป็นรายบุคคล และเกมจับฉลาก ล้วงความลับเป็นเกมทดสอบความเข้าใจเรื่องการอ่านฉลากโภชนาการ และฉลากหวาน มัน เค็ม ด้วยกิจกรรมสุ่มจับของขนมที่เด็กๆ ชอบ แล้วให้นักเรียนบอกและอธิบายรายละเอียดบนซองตามความเข้าใจเป็นรายบุคคล (เนสท์เล่ ประเทศไทย, 2564)

นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีการจัดทำตราสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier choice) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง มูลนิธิส่งเสริมโภชนาการในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพ

รัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และสมาคมนิสิตเก่าคณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (สวท.) โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติทางโภชนาการเหมาะสม และเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น (ฉัตรชัย นกดี, 2560) ตราสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier choice) เป็นการแสดงสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” บนฉลากอาหาร เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 373 (พ.ศ. 2559) โดยที่ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับสัญลักษณ์นี้ต้องผ่านเกณฑ์คุณค่าทางโภชนาการที่ช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพราะเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงว่าผลิตภัณฑ์อาหารนั้นได้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาแล้วว่า มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมที่เหมาะสมในการลดหวาน มัน เค็ม (สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นปีตามารดาหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรสอนให้เด็กวัยเรียนตอนปลายเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีสารอาหารเหมาะสมกับวัยและมีตราสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” จากรูปภาพที่ 6 ซึ่งเป็นแบบเก่าและจากรูปภาพที่ 7 ซึ่งเป็นแบบใหม่ล่าสุด ที่แสดงอยู่บนด้านหน้าบรรจุภัณฑ์ เพื่อเป็นทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพอีกทางหนึ่งนอกจากการอ่านฉลากโภชนาการ



รูปภาพที่ 6 สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพแบบเก่า

ที่มา : <https://www.thaihealth.or.th/Content/43209>



รูปภาพที่ 7 สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพแบบใหม่

ที่มา: <https://shorturl.asia/ICaFt>

สรุป

จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยพบว่าปัญหาโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็กมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการบริโภคอาหารว่าง ขนมกรุบกรอบ ขบเคี้ยวในปริมาณที่เพิ่มขึ้นและประกอบกับเด็กวัยเรียนตอนปลายยังมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลักโภชนาการเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ ดังนั้นการให้ความรู้ในการอ่านฉลากโภชนาการและการพิจารณาสัญลักษณ์โภชนาการ

“ทางเลือกสุขภาพ” บนฉลากอาหาร นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปลูกฝังให้กับเด็กในวัยเรียนตอนปลายซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการตัดสินใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยที่บิดามารดา ผู้ปกครอง บุคลากรด้านสุขภาพและโรงเรียนควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการให้กับเด็กวัยเรียนโดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม สอดแทรกหรือบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สื่อการสอนเรื่องการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อให้เด็กได้มีความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง และลดปัญหาโภชนาการเกินของเด็กไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ : กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน*. กรุงเทพมหานคร: นิเวศรรดาการพิมพ์.
- ฉัตรชัย นกดี. (2560). *มาอ่านฉลากโภชนาการกันเถอะ*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/43209>
- เนสท์เล่ ประเทศไทย. (2564). *สอนอ่านฉลากโภชนาการผ่านการเล่น”เกม”*. สืบค้นจาก <https://www.nestle.co.th/th/nhw/kids/teacher/read/games>
- บริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด. (2564). *ฉลากโภชนาการ ประโยชน์ที่ไม่ควรมองข้าม*. สืบค้นจาก <https://www.centallabthai.com/index.php/th/articles/322-134501022564>
- พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย*. ขอนแก่น: แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ระยะที่ 2.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2554). *รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552*. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานภาวะโภชนาการงานอนามัยโรงเรียน*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=67f8b1657bc8c796274fb9b6ad5a701d
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. (ม.ป.ป.) *Stay at home กินดี มีประโยชน์ ลดหวาน มันเค็ม*. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/ICaFt>.
- สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. (2557). *คู่มือโฆษณาขนม ป้องกันเด็กอ้วน*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/node/9755>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษา กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561-2580)*. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0002/00002271.PDF>
- สำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2563*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี โพรเกรสซีฟ.
- สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือรณรงค์ให้ความรู้เรื่องสัญลักษณ์โภชนาการ ทางเลือกสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไป*. สืบค้นจาก <https://db.oryor.com/databank/data/printing/printing/610305>.

- อเนสต็อคส์. (2563). *วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ*. สืบค้นจาก <https://today.line.me/th/v2/article/2Rk0eB>
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ฤทัยวรรณ แก้วมาลัย, เนตรนภา เครือสง่า, นิศาชล ตันติภิรมย์, ปริญญพร ชาวบ้านเกาะ และเบญจรัตน์ เอี่ยมสะอาด. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 70-73.
- Khongrit Somchai. (2563). *การอ่านฉลากอาหาร*. สืบค้นจาก <https://hellokhunmor.com>
- World Health Organization. (2021). *Obesity and Overweight*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ปาไลดา นราวุฒิพร*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีการวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคติดเชื้อหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยมีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน รวมทั้งมีการดูแลตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของโรงพยาบาลจนผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ : การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, การติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะแทรกซ้อน

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

Palida Narawutthiporn*

Abstract

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

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

Keywords: Central venous catheterization, Bloodstream infection, Complication.

บทนำ

การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นการรักษาที่จำเป็นและมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เพื่อให้สารน้ำ สารอาหาร ยาทางหลอดเลือด และเพื่อประเมินสภาพระบบไหลเวียนในร่างกายอย่างต่อเนื่อง (Gorski et al., 2021) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่จะได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง แม้ว่าการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจะมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้ ที่สำคัญคือ การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ได้แก่ การติดเชื้อเฉพาะที่บริเวณที่ใส่สายสวน การอักเสบของหลอดเลือดดำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย (บุรพา กาญจนบัตร, 2558) การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลประเทศต่างๆ ของ International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) ระหว่าง ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2015 ซึ่งศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลจากห้องผู้ป่วยหนัก 703 ห้องใน 50 ประเทศ พบอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line-associated bloodstream infection: CLABSI) เท่ากับ 4.1 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Rosenthal et al., 2016) และการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นระยะเวลานานจะพบการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบปฏิกิริยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่สายสวน 2-30 เท่า (Lissauer et al., 2012) ส่วน

โรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศไทยมีอัตราการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่เพิ่มขึ้นในปี 2009-2013 โดยผู้ป่วยมีอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 5.06 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Asanathong et al., 2017)

การติดเชื้อในโรงพยาบาลจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีปัจจัยเกี่ยวข้องประกอบด้วยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ โรคเดิมของผู้ป่วย การติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกาย ภาวะทุพโภชนาการภูมิคุ้มกันต่ำของร่างกาย ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค ได้แก่ เชื้อก่อโรคบนผิวหนังบริเวณตำแหน่งที่ใส่สายสวน เชื้อก่อโรคจากแหล่งที่มีการติดเชื้อเดิมของผู้ป่วย เชื้อก่อโรคที่ปนเปื้อนในสารน้ำที่ให้ เชื้อที่ปนเปื้อนระหว่างการให้สารน้ำ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สายสวนที่มีรูเปิดหลายรูทำให้เกิดการติดเชื้อได้มากกว่าสายสวนที่มีรูเปิดน้อย ความยาวของสายสวนที่ยาวมากมีผลต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ และความยาวที่เพิ่มขึ้นยังเป็นแหล่งให้เชื้อจุลินทรีย์เพิ่มจำนวน มากขึ้น วัสดุที่ใช้ทำสายสวนพบว่า เชื้อโคแอกกูเลส เนกาติบ สะแตบฟิลโลคอคไค (Coagulase negative staphylococci) สามารถเกาะติดบนสายสวนที่ทำจากโพลียูรีเทน (Polyurethane) และโพลีเอทิลีน (Polyethylene) ได้มากกว่าสายสวนที่ทำจากเทฟลอน ตำแหน่งที่ใส่สายสวน พบว่าการใส่สายสวนที่หลอดเลือดดำจุกูลาร์ (Jugular vein) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าการใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือดดำซับคลาเวียน (Subclavian vein) (บุรพา กาญจนบัตร, 2558; Parienti, 2017) การใส่สายสวนหลอดเลือดดำในห้อง

ฉุกเฉินหรือในสถานการณ์เร่งด่วนจะทำให้มีโอกาสดิตเชื้อมากกว่าการใส่สายสวนในหอผู้ป่วย ชนิดของสารน้ำที่พบว่าสารละลายที่มีความเข้มข้นสูง จะทำให้เกิดการติดเชื้อสูง เนื่องจากสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือดดำเป็นแหล่งอาหารอย่างดีสำหรับการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ และการดูแลขณะคาสายสวน (บุรพา กาญจนบัตร, 2558; Arvaniti et al., 2017) โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ แต่ก็ยังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลขณะคาสายสวน มีการศึกษาที่พบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือดมีสาเหตุจากการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในช่วงของการให้ยาทางหลอดเลือดดำ การปนเปื้อนที่ข้อต่อ การปนเปื้อนในช่วงการเตรียมสารน้ำ และการปนเปื้อนในช่วงของการให้สารน้ำ (Rosenthal, 2020) รวมทั้งจากการศึกษาในประเทศอินเดียเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อ CLABSI โดยการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเรื่องการล้างมือพบว่าอัตราการล้างมือถูกต้องขณะดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางก่อนและหลังให้ความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47 เป็น ร้อยละ 66 และอัตราการเกิด CLABSI ลดลงจาก 12.5 เป็น 8.6 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Acharya et al., 2019) ดังนั้นการติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีสาเหตุจากการปนเปื้อนเชื้อจากการดูแลขณะที่ผู้ป่วยคาสายสวนหลอดเลือดดำได้

การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น (Stevens et al.,

2014) หากได้รับการแก้ไขล่าช้าอาจทำให้อวัยวะต่างๆของร่างกายล้มเหลว ถึงแก่ชีวิตได้ โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีอัตราการตายร้อยละ 56 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่มีอัตราการตายเพียงร้อยละ 21 (Ziegler, Pellegrini, and Safdar, 2015) การติดเชื้อสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ก่อนใส่สาย ขณะใส่สาย และหลังใส่สาย นอกจากนี้ปัจจัยด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย การนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ล้วนมีส่วนทำให้อัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่มีประสิทธิภาพช่วยป้องกันการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลงได้ โดยพยาบาลต้องมีความรู้และความสามารถในการวิเคราะห์ แก้ปัญหา ตัดสินใจวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง จึงจะช่วยให้อัตราการติดเชื้อผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ด้วยความปลอดภัย สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและรับผิดชอบงานป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของโรงพยาบาล ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี เพื่อวิเคราะห์แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งหวังที่จะ

ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆ ของร่างกาย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์ของบทความ

เพื่อทบทวนการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและกระบวนการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง จากกรณีศึกษา

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ความหมาย

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line-associated bloodstream infection: CLABSI) คือ การติดเชื้อของแบคทีเรีย และแสดงแหล่งของการติดเชื้ออยู่ใน Central line ในระยะเวลาหนึ่งๆ กล่าวคือภายหลังใส่ Central line 2 วัน และภายหลังการถอด Central line 1 วัน โดยเชื้อก่อโรคไม่ใช่เชื้อเดียวกับการติดเชื้อตำแหน่งอื่น (สถาบันบำราศนราดูร, 2563)

การวินิจฉัยการติดเชื้อ

การวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดต้องมีการติดเชื้อในเลือดที่ได้รับการยืนยันด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการและมีการใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง หรือสายสวนหลอดเลือดที่สะอาดมาแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 2 วันปฏิทิน ณ วันที่เกิดการติดเชื้อ (Date of event) และในวันที่วินิจฉัยจะต้องยังมีการใช้สายสวนหลอดเลือดดังกล่าวอยู่ หรือถอดสายออกไปไม่เกิน 1 วัน (สถาบันบำราศนราดูร, 2563)

พยาธิกำเนิด แบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ (บุรพา กาญจนบัตร, 2558) ดังนี้

1. การเชื้อก่อโรคที่อยู่รอบนอกสายสวน (Extraluminal colonization) อาจเป็นจากที่อยู่บนผิวหนัง โดยรอบหรือมาตามกระแสเลือดแล้วมาติดบริเวณส่วนพื้นผิวภายนอกของสายสวน หลังจากนั้นจะเกิดการสร้างไบโอฟิล์มลามไปยังปลายสายสวนและติดเชื้อในกระแสเลือดตามมา มักเกิดในกรณีการติดเชื้อสายสวนหลอดเลือดชนิดใช้ระยะสั้น (Short-term device) หรือเชื้อก่อโรคที่อยู่ภายในสายสวน (Intraluminal) โดยเชื้อที่มาเกาะบริเวณพื้นผิวภายในสายสวน กรณีนี้มักเกิดในกรณีของสายสวนหลอดเลือดชนิดใช้ระยะยาว (Long-term device) หรือสายสวนระยะสั้นที่ใช้เวลานานมากกว่า 4 วันขึ้นไป

2. จากการปนเปื้อนของสารน้ำที่ใช้ ซึ่งเกิดได้น้อยมาก พบรายงานการระบาดบางครั้งเท่านั้น เชื้อก่อโรค จากการเก็บข้อมูลพบว่า เชื้อก่อโรคที่สำคัญคือ เชื้อแบคทีเรียเป็นหลัก ทั้งชนิดกรัมบวก ได้แก่ Coagulase-negative Staphylococci, Staphylococcus aureus, and Enterococcus spp. ส่วนเชื้อแบคทีเรียกรัมลบ พบรายงานประมาณร้อยละ 20 ได้แก่ Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Enterobacter, Pseudomonas aeruginosa และ Acinetobacter spp. ส่วนการติดเชื้อรา Candida พบได้เป็นสัดส่วนที่น้อยกว่า โดยเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุหลักในปัจจุบันพบปัญหาเรื่องการดื้อยาค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤติ ทั้ง Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA), การดื้อต่อยา 3rd generation cephalosporin

ในเชื้อกรัมลบ หรือการเพิ่มขึ้นของ Candida ที่ดื้อต่อยา Fluconazole (บุรพา กาญจนบัตร, 2558)

การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (ภัทรภรณ์ ศรีพรมมา และดวงกมล สุขทองสา, 2562)

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ

1.1 การเตรียมทางด้านร่างกายผู้ป่วย

1.1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ประเมินการติดเชื้อเฉพาะที่บริเวณตำแหน่งที่จะใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ได้แก่ อาการปวด บวม แดงร้อน เป็นต้น

1.1.2 ติดตามผลการตรวจต่างๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์ก่อนได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ เช่น Complete blood count, Coagulation Anti-HIV ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลการส่งตรวจที่เฉพาะเจาะจง เช่น การส่งเลือดหรือน้ำเหลืองเพาะเชื้อ และหาความไวต่อยาปฏิชีวนะ (Culture and sensitivity test) เป็นต้น

1.2 การเตรียมทางด้านจิตใจ

1.2.1 ประเมินสภาพจิตใจและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนทำการหัตถการ เช่น อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่ใกล้ชิดเพื่อให้เข้าใจถึงข้อบ่งชี้ของการใส่สาย แนวทางการปฏิบัติตัวในขณะที่มีสายสวนหลอดเลือดดำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

1.2.2 การให้การยินยอมเซ็นใบแสดง

เจตนาการตรวจรักษาโดยวิธีทำหัตถการ

2. การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ

2.1 การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือ

2.1.1 ล้างมือให้สะอาด การใส่เครื่องป้องกันร่างกายขณะเตรียมอุปกรณ์ เช่น สวมหมวกใส่ผ้าปิดปากและจมูก

2.1.2 เตรียมรททำหัตถการซึ่งทำความสะอาดด้วยผ้าก๊อชชุบ 70% Alcohol และเปิด Set ทำหัตถการด้วยความระมัดระวังการสัมผัส การปนเปื้อนจากภายนอก

2.1.3 เท 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol ลงในภาชนะของ Set ทำหัตถการเตรียมผ้าก๊อช Syringe เข็มดยาชาเฉพาะที่ เข็มฉีดยาชาสำหรับผู้ป่วย เข็มโค้งและไหมเย็บแผลสำหรับตรึงสาย ใบมีด และ น้ำเกลือปราศจากเชื้อ (NSS) (บางที่อาจจะผสม Heparin) ลงในภาชนะของ Set ทำหัตถการ ทั้งนี้อาจจะเตรียมอุปกรณ์อื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์

2.1.4 เปิด Set central venous catheter และส่งให้แพทย์ด้วย Sterile technique

2.1.5 แพทย์ทดสอบสาย Central venous catheter ไม่มีรูรั่ว สายไม่ตัน ด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ (NSS)

2.1.6 ในกรณีที่แพทย์ต้องการยืนยันตำแหน่งของหลอดเลือดดำใหญ่อาจต้องเตรียมเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) ให้พร้อมใช้ด้วย

2.2 การสนับสนุนแพทย์ขณะใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

2.2.1 พยาบาลอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัวผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวล ให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้างสัมผัสผู้ป่วย จัดท่านอนศีรษะต่ำ (Trendelenburg) 15 องศา ในกรณีที่จะใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ Internal jugular เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิด Air embolism โดยหันหน้าผู้ป่วยไปทิศทางตรงข้ามกับด้านที่ใส่สายประมาณ 45 องศา ถ้าหันมากเกินไปจะทำให้หลอดเลือดถูกกดได้ ส่วนกรณีที่จะใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ Subclavian ผู้ป่วยจะหันหน้าหรือไม่ก็ได้ ด้านที่ใส่สายสวนให้แขนผู้ป่วยแนบลำตัวหรือกางได้เล็กน้อย (ยาใจ อภิบุณโยภาส, 2557) จนสิ้นสุดการทำหัตถการ

2.2.2 ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการเต้นหัวใจ ค่าความอิ่มของออกซิเจน และติดตาม ECG

2.2.3 แพทย์จะเริ่มทำความสะอาดบริเวณตำแหน่งที่ทำหัตถการด้วยผ้าก๊อชชุบ 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol จากนั้นคลุมผ้า (Drape) ให้คลุมตั้งแต่ศีรษะจนปลายเท้าผู้ป่วย เหลือช่องเปิดสำหรับทำหัตถการ แพทย์ผู้ใส่ล้างมือ สวมอุปกรณ์ผ้าปิดปากและจมูก สวมเสื้อกาวน์ และถุงมือปราศจากเชื้อ (Maximal barrier precautions)

2.2.4 แพทย์ทำความสะอาดผิวหนังในตำแหน่งที่ใส่ด้วย 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol ซ้ำครั้งที่ 2 ในบางการศึกษาได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ 10% Povidone-Iodine ในการลดการติดเชื้อ CLABSI ซึ่งได้ผลไม่แตกต่างกัน (Yimyam et al., 2015)

2.2.5 ขณะทำหัตถการแพทย์จะฉีดยาชาบริเวณตำแหน่งที่ทำหัตถการด้วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดพยาบาลควรบอกผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าจะมีการฉีดยาชา ให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ในท่านั้นคงเดิม หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย หรือรู้สึกถึงความผิดปกติในร่างกาย ให้ผู้ป่วยพูดบอกออกเสียงได้

2.2.6 ในขณะที่แพทย์ทำการสอดใส่สาย Central venous catheter จนถึงตำแหน่งที่กำหนดไว้พยาบาลจะต้องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) และสังเกตอาการผู้ป่วย

2.2.7 แพทย์เย็บปีกของสายติดกับผิวหนังเรียบร้อยแล้วนั้น จะเช็ดบริเวณตำแหน่งที่ทำหัตถการด้วยผ้าก๊อชชุบ 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol จากนั้นปิดด้วยแถบกาวยใสปราศจากเชื้อ (Transparent dressing)

ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่เกิดขึ้นทันที (Immediate complication) อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างสอดใส่สายสวน หรือการพยายามแทงสายสวนหลายๆ ครั้งในหัตถการครั้งเดียวมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า ปัจจุบันมีการใช้เครื่องอัลตราซาวด์เป็นอุปกรณ์นำทาง ทำให้เพิ่มอัตราความสำเร็จในการใส่สายสวน และลดระยะเวลาในการใส่สาย (บุรพา กาญจนบัตร, 2558) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทันที มีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือดและหัวใจดังนี้

1. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmias) จากการแทง Guide wire เข้าไปใน Right atrium ซึ่งอาจทะลุที่ Right ventricle ทำให้เกิดภาวะบีบรัดหัวใจ (Cardiac tamponade)

2. หลอดเลือดดำฉีกขาด (Venous laceration) จาก guide wire ครูดผนังหลอดเลือด ขณะใส่สายทำให้เกิดภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) หรือภาวะเลือดออกในช่องอก (Hemomediastinum) ในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) หรือยาต้านการทำงานของเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ซึ่งมีโอกาสเลือดออกง่ายกว่าคนปกติ ทำให้เกิดอันตรายมากขึ้น บางรายแพทย์ใช้ Fluoroscopy ช่วยให้เห็นตำแหน่งของ guide wire ขณะสอดใส่สามารถป้องกันหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บได้

3. เกิดภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) และภาวะฟองอากาศในหลอดเลือดดำ (Air embolism) จากการแทงไปโดนปอดในตำแหน่ง Subclavian แต่พบได้น้อยมาก นอกจากนี้การใช้สายสวนที่มีขนาดใหญ่และการพยายามแทงในตำแหน่งเดิมหลายๆ ครั้ง มีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะปอดรั่ว ได้เช่นกัน

3. การพยาบาลผู้ป่วยหลังใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ

3.1 ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการเต้นหัวใจ ค่าความอิ่มของออกซิเจน (O_2 saturation)

3.2 หากต้องการวัดค่าความดันในหลอดเลือดดำผ่านทาง Monitor ควร Zero/calibration transducer อยู่ในระดับ Mid-axillary ทุกครั้งที่รูปแบบของ Waveform เปลี่ยนแปลงจากเดิม

3.3 ฝักระวังและดูแลไม่ให้มีฟองอากาศ (Air) หรือลิ่มเลือด (Clot) ในสายตรวจสอบข้อต่อให้แน่นดูแล Pressure bag ให้คงความดัน 300 มม.ปรอท

3.4 ดูแลสายสวนทางหลอดเลือดดำไม่ให้หักพับงอ ยืนยันตำแหน่งของปลายสายสวนด้วยฟิล์มเอกซเรย์ (Chest X-ray) ตามดุลยพินิจของแพทย์

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Delayed complications) อาจเกิดขึ้นได้ดังนี้ (บุรพา กาญจนบัตร, 2558)

1. การเลื่อนหลุดของสายสวน มักเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจจากการเคลื่อนย้าย หรือจากการดึงขณะทำแผล การพยาบาล ระวังดะวังสายขณะทำแผล และตรวจสอบ Sterile transparent dressing หรือผ้าปิดแผลติดกับผิวหนังให้แน่น ถ้าสายหลุดออกจากตำแหน่งเดิม ให้ใช้ก๊อชปราศจากเชื้อกดบริเวณตำแหน่งแทงสายสวน (Insertion site) จนกว่าเลือดหยุด ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายในท่าศีรษะต่ำ (Trendelenburg position) เพื่อป้องกันไม่ให้ฟองอากาศเข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ไปสู่ปอด (Pulmonary artery)

2. การอุดตันสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central vein thrombosis) อาจเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น มี Fibrin sheath มาเกาะสาย การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสายสายสวนหลอดเลือดไม่อยู่ในตำแหน่งหลอดเลือดดำใหญ่ การตกตะกอนของสารอาหาร ยาหรือสารละลายที่ไม่เข้ากัน และจากแบคทีเรียสร้าง Biofilm ขึ้นมาขัดขวางทางไหลในสาย (Wolf et al., 2015) ซึ่งหากมีการอุดตันบางส่วนทำให้สารละลายสามารถไหลได้บ้าง แต่จะไม่สามารถดูดเลือดได้ ซึ่งพยาบาลควรตรวจสอบตำแหน่งสาย และ

ทดสอบสายก่อนใช้งานทุกครั้ง การให้ยาหรือสารละลายต่างชนิดควรใช้ NSS flush คั่นก่อน ควรแยกสายสำหรับให้สารอาหารหรือตรวจสอบชนิดยาที่อาจตกตะกอน หากให้ร่วมกันในสายสวนหลอดเลือดภายหลังใช้งานแล้วใช้ Push-pause technique โดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อ (NSS) 10 ซีซี ดันทีละ 1 ซีซี ต่อ 0.5 วินาที หยุด 0.4 วินาที จนครบ 10 ซีซี (Boord, 2019) กรณีให้เลือด ส่วนประกอบของเลือดและสารอาหารให้ใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อ (NSS) 20 ซีซีแทน และใช้ Positive pressure technique โดยดันลูกสูบ (Plunger) ที่มีน้ำเกลือปราศจากเชื้อ (NSS) เหลือใน Syringe 0.5 ซีซีพร้อมกับ clamp สาย เพื่อป้องกันเลือดไหลกลับเข้ามาในสาย (Goossens, 2015) การ Monitor hemodynamic ควรควบคุมความดันใน Pressure bag 300 มม.ปรอท เพื่อป้องกันการอุดตันในสาย แต่เมื่อพบมีการอุดตันแล้วไม่ควรดันสาย เพราะสิ่งอุดตันนั้นจะหลุดลอยเข้าสู่ระบบหลอดเลือดจะทำให้เกิดภาวะลิ่มอุดตันในหลอดเลือดที่ปอด (Pulmonary embolism)

3. การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง แบคทีเรียที่พบบ่อยเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ Coagulase negative staphylococci (16.9%) Escherichia coli (11.8%) และ Enterococcus faecium (11.4%) (Yimyam et.al., 2015) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการติดเชื้อจากการใส่สายสวนมีดังนี้ (Buetti et al., 2022)

3.1 ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อสูงกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากมีความถี่ในการใส่สายสวนมากกว่า และมีการทำหัตถการเกี่ยวกับสายสวน เช่น การใช้ Transducer ในการติดตาม CVP

- 3.2 ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน
- 3.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนเป็นเวลานาน
- 3.4 Multiple ports/hubs จำนวนข้อต่อที่มีมาก
- 3.5 มี Colonization bacteria ที่บริเวณแผลสายสวน (Catheter exit site) และบริเวณรอยต่อ (Catheter hub)
- 3.6 ตำแหน่งที่ใส่สายสวน ได้แก่ femoral และ internal jugular
- 3.7 เม็ดเลือดขาวต่ำ หรือภูมิคุ้มกันต่ำ
- 3.8 ได้รับสารอาหารชนิด Total parenteral nutrition (TPN)
- 3.9 จำนวนพยาบาลน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล
- 3.10 มีการปนเปื้อนระหว่างการใส่สาย การทำแผลสายสวนหลอดเลือด รวมทั้งสารน้ำที่ใช้มีการปนเปื้อนของเชื้อโรค

การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง มีดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละรายที่กล่าวมาเป็นการดูแลที่เฉพาะในแต่ละช่วงของการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง แต่ในทางปฏิบัติแล้วพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในภาพรวมด้วย โดย (สถาบันบำราศนราดูร, 2563; Buetti et al., 2022)

- 1. ประเมินความจำเป็นในการใส่สายสวนหลอดเลือดทุกวัน และให้ถอดสายสวนหลอดเลือดออก ทันทีเมื่อหมดความจำเป็น
- 2. ประเมินบริเวณที่สอดใส่สายสวนหลอดเลือดทุกวัน โดยคลำผ่าน Dressing หรือดูผ่าน

Transparent dressing เปิด Dressing เฉพาะเพื่อประเมินตำแหน่งที่ใส่สายสวนกรณีผู้ป่วยมีการบวมตึงบริเวณที่ใส่สายสวน หลอดเลือด มีไข้โดยหาสาเหตุไม่ได้หรือมีลักษณะที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อเฉพาะที่หรือติดเชื้อในกระแสเลือด

3. เปลี่ยนแถบกาวใสปราศจากเชื้อ (Transparent dressing) ทุก 5-7 วัน หรือทันทีที่แผลสกปรก เปียกชื้นหรือ Dressing หลุด ส่วน Gauze dressing เปลี่ยนทุก 2 วัน หรือเมื่อผ้าปิดแผลสกปรก เปียกชื้น หรือหลุด เช็ดรอบแผลด้วย น้ำยา Chlorhexidine-based antiseptic

4. ทา Antimicrobial ointments เช่น Povidone iodine ointment ที่ตำแหน่งใส่สายสวน หลอดเลือดเฉพาะสายสวนเพื่อทำ Hemodialysis เท่านั้น

5. ไม่ให้ Antimicrobial prophylaxis เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดหรือป้องกันการ catheter colonization

6. ใส่ Antimicrobial locks ในสายสวน หลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับผู้ป่วยดังต่อไปนี้

6.1 ผู้ป่วยที่ใส่ Hemodialysis catheters เป็นระยะเวลานาน

6.2 ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสำหรับใส่สายสวนจำกัดหรือมีประวัติการติดเชื้อ CLABSI หลายครั้ง

6.3 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลกระทบจากการติดเชื้อ CLABSI ที่รุนแรง เช่น ใส่ลิ้นหัวใจเทียม การป้องกัน Systemic toxicity จากยาต้านจุลชีพให้ใช้วิธีดูดออก (Aspirate) แทนการล้าง (Flush) Antimicrobial lock solution

7. เช็ดถู (Scrub) catheter hubs, needleless connectors และ Injection ports ก่อนการทำ กิจกรรมกับส่วนนั้นด้วย 70% Alcohol หรือ 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol โดยใช้แรงถูพอสมควร นานอย่างน้อย 5 วินาที

8. เปลี่ยนหรือถอดสายสวนหลอดเลือดดังนี้

8.1 สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ให้เปลี่ยนไม่บ่อยกว่า 96 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยเด็กให้เปลี่ยนเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อเกิดอาการของหลอดเลือดดำอักเสบ Phlebitis มีการติดเชื้อ หรือรั่ว อุดตัน

8.2 สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง เช่น CVCs (Central venous catheter), PICCs (Peripherally inserted central catheter), Hemodialysis catheter หรือ Pulmonary artery catheter ไม่ต้องเปลี่ยนเป็นประจำ

8.3 สายสวน Umbilical artery catheter ให้เอาออกและไม่ใส่ซ้ำอีกเมื่อเกิดการติดเชื้อ, Vascular insufficiency ที่ส่วนขา และ Thrombosis และควรใส่ซ้ำใหม่ไม่เกิน 5 วัน

8.4 สายสวน Umbilical venous catheters ให้เอาออกและไม่ใส่ซ้ำอีกเมื่อเกิดการติดเชื้อ และ Thrombosis และควรใส่ซ้ำใหม่ไม่เกิน 14 วัน

9. การเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ ให้ปฏิบัติดังนี้

9.1 กรณีให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดหรือสารไขมัน (ที่มีส่วนผสมของ Amino acids และ Glucose) ให้เปลี่ยนภายใน 24 ชั่วโมง

9.2 กรณีที่ให้สารน้ำที่ไม่ใช่เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดหรือสารไขมันให้เปลี่ยนไม่บ่อยกว่า 96 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 7 วัน

10. การเปลี่ยน Needleless intravascular catheter systems ให้เปลี่ยนตามการเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ

11. เช็ดตัวผู้ป่วยที่ใส่สายสวนเข้าหลอดเลือด ด้วย 2% Chlorhexidine gluconate วันละครั้ง แต่ไม่แนะนำให้ใช้กับทารกอายุน้อยกว่า 2 เดือน เพราะอาจเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง และทำให้มีการดูดซึมยาเข้าร่างกายได้

โรงพยาบาลนครปฐมเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอยู่ในช่วง 0.62-1.48 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (โรงพยาบาลนครปฐม, 2563) ผู้ศึกษาจึงรวบรวมความรู้ที่ได้พบทวนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อนำไปดูแลผู้ป่วย โดยสามารถสรุปกรณีศึกษาในแต่ละกรณีดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1

1. ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยชายไทยอายุ 22 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว มาด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด จึงมาโรงพยาบาลสัปดาห์ มีไข้ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำ 80/50 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 96% ภาพรังสีทรวงอกพบ Pleural effusion ปอดด้านซ้าย แพทย์ใส่สายระบายทรวงอก (ICD) ได้หนอง วินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคติดเชื้อหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด ให้การรักษาโดยใส่สายระบายทรวงอกด้านซ้าย ได้รับการเปิดเส้นหลอดเลือดดำส่วนปลายเจาะเลือดเพาะเชื้อและสารคัดหลั่งจากเยื่อหุ้มปอด

เพาะเชื้อพบเชื้อ Streptococcus pyogenes (group A) ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ คือ Ceftriaxone 2 gm วันละครั้ง และ Clindamycin 600 mg ทุก 8 ชั่วโมง หลังการรักษาที่โรงพยาบาลสัปดาห์ 2 วัน จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลนครปฐมเพื่อรักษาต่อตามสิทธิ์การรักษา

2. อาการและอาการแสดงแรกพบ ผู้ป่วยรู้ตัวดี หายใจเหนื่อย เหงื่อออกตัวเย็น ปอดด้านซ้ายใส่สายระบายทรวงอก (Intercostal drainage: ICD) แบบ 2 ขวด สัญญาณชีพแรกพบมีไข้ 39.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำ 109/71 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 79% ให้ออกซิเจน Mask 10 ลิตรต่อนาที ออกซิเจนปลายนิ้วเพิ่มเป็น 98% ICD ไม่ทำงาน แพทย์พิจารณาเปลี่ยนสาย ICD และย้ายผู้ป่วยเข้าการรักษาหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

3. การรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยเข้าการรักษาหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายได้รับออกซิเจนอัตราไหลที่สูงทางจมูก (HFNC), ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ คือ Ceftriaxone 2 gm วันละครั้ง และ Clindamycin 600 mg ทุก 8 ชั่วโมง ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณทรวงอกและตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบปริมาณเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจเท่ากับ 27% บริรักษแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมหัวใจ ทำหัตถการสวนหัวใจ (Coronary artery angiography: CAG) พบการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายเสียหายที่ (Left ventricular dysfunction) คาดว่าเป็นจากกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) แพทย์พิจารณาใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางแบบ 3 ทางที่คอด้านขวา เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจและควบคุมการให้

สารน้ำและยา หลังนอนโรงพยาบาล 6 วัน มีอาการเหนื่อยมากขึ้นแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยกึ่งวิกฤต แพทย์พิจารณาเพิ่มยากระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจ (Dobutamine), Fentanyl, ยาขับปัสสาวะ และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็น Tazocin 4.5 gm ทุก 6 ชั่วโมง ตรวจช่องอกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบของเหลวสะสมอยู่ภายในถุงเยื่อหุ้มรอบหัวใจมากผิดปกติ แพทย์พิจารณาจะระบายของเหลวออกจากเยื่อหุ้มหัวใจ มีภาวะช็อค ปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลงจาก 41% เป็น 25% จึงพิจารณาให้เลือด หลังใส่ท่อช่วยหายใจ 14 วัน มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจพบเชื้อแบคทีเรียคือยา Acinetobacter baumannii แพทย์เพิ่มยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ Colistin 150 mg ทุก 12 ชั่วโมง และหลังใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางแบบ 3 ทางที่คอด้านขวา 18 วัน พบมีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางคือไข้สูง ตำแหน่งใส่สายสวนหลอดเลือดดำบวมแดงเล็กน้อย โดยเฉพาะเชื้อในเลือดพบเชื้อ Burkholderia cenocepacia แพทย์พิจารณาถอดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำจาก Tazocin เป็น Meronem 2 gm ทุก 8 ชั่วโมง หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางการให้การรักษาคือการติดเชื้อด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำและยากระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยอาการเหนื่อยลดลงสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ถอดสายระบายทรวงอก ตำแหน่งหลังถอดสายสวนหลอดเลือดไม่บวมแดง แพทย์ปรับยาปฏิชีวนะเป็นแบบรับประทาน Augmentin 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เพื่อ

รักษาหนองในเยื่อหุ้มปอด และสามารถกลับไปรับประทานยาที่บ้านได้ รวมรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 38 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2

1. ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยชายไทยอายุ 46 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน วัณโรคเยื่อหุ้มปอด โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษาด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และคายาสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 2 ทางที่คอด้านขวาไว้สำหรับฟอกไตทางหลอดเลือด 2 เดือนก่อนมาด้วยอาการ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อย แพทย์วินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2. อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง หายใจเหนื่อย สัญญาณชีพแรกเริ่มอุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูง 170/80 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 80% ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 42% แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจให้ยาขยายหลอดเลือดเพื่อลดความดันโลหิต Nitroglycerine และ 50% glucose 100 ml ทางหลอดเลือดดำ ย้ายผู้ป่วยเข้าการรักษาผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

3. การรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยเข้าการรักษาคือผู้ป่วยกึ่งวิกฤตมีภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะช็อค ไตวายเรื้อรังรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องวันละ 4 รอบ แพทย์ให้การรักษาคือยาขยายหลอดเลือดเพื่อลดความดันโลหิตด้วย Nitroglycerine และสารน้ำ Hypertonic solution ทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่คอด้านขวาโดยตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดไม่พบอาการแสดงของการติดเชื้อ และให้เลือดที่กำจัดเม็ดเลือดขาวออก

(Leucocyte poor red blood cells) 2 ถุง หลังจากนอนโรงพยาบาล 8 วัน มีอาการไข้สูง เจาะเลือดเพาะเชื้อพบเชื้อดื้อยา *Staphylococcus aureus*: MRSA แพทย์พิจารณาถอดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและส่งปลายสายสวนหลอดเลือดเพาะเชื้อพบเชื้อเดียวกับในหลอดเลือด แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ Meronem 1 gm วันละครั้ง จำนวน 10 วัน และ Vancomycin 1 gm ทุก 48 ชั่วโมง จำนวน 5 ครั้ง หลังให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ไม่มีไข้ อาการเหนื่อยทุเลาลงสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์พิจารณาให้กลับไปรับประทานยาที่บ้านได้รวมรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 17 วัน

อภิปรายผลการเปรียบเทียบกรณีศึกษา

1. เชื้อสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นเชื้อแกรมลบ ได้แก่ *Burkholderia cenocepacia* ซึ่งพบได้ในสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ เช่น น้ำ ดิน รวมถึงผิวหนังของคน และสามารถก่อโรคได้ในหลายระบบของคนและสัตว์ (นิตยา อินทรวัฒนา และมุทิตา วนาภรณ์, 2015) แต่ในผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเชื้อแกรมบวกที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ ได้แก่ *Methicillin-resistance Staphylococcus aureus*: MRSA ซึ่งเป็นเชื้อประจำถิ่นที่พบในผิวหนังและโพรงจมูกของคน เชื้อ MRSA แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่พบติดเชื้อในโรงพยาบาลและกลุ่มที่พบติดเชื้อในชุมชน กลุ่มที่พบติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นสาเหตุของโรคผิวหนังอักเสบ ปอดอักเสบที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและการติดเชื้อในกระแสเลือด สาเหตุมาจากเชื้อที่

อาศัยอยู่ในโพรงจมูกของผู้ป่วยเรื้อรัง ส่งผ่านไปยังผู้ป่วยรายอื่น โดยการปนเปื้อนที่มีของบุคลากรทางการแพทย์ หรือปนเปื้อนกับเครื่องมือผ่าตัด เชื้อเจาะเลือด เชื้อฉีดยา เป็นต้น (นิตยา อินทรวัฒนา และมุทิตา วนาภรณ์, 2558) การรักษาค่อนข้างยากเนื่องจากเชื้อปรับตัวให้ดื้อยาอีกหลายกลุ่ม และพบแพร่ระบาดในโรงพยาบาลได้

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสืบเนื่องจากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น โรคประจำตัวที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิด CLABSI ที่สูงกว่า (Lissauer et al., 2012) โดยพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะการติดเชื้อในร่างกายอยู่เดิมคือการติดเชื้อหนองในบริเวณช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้ร่างกายมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระดับภูมิคุ้มกันที่ต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสืบเนื่องจากการรักษาพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการทำหัตถการหลายประเภทที่เสี่ยงต่อการนำเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายระบายทรวงอก (ICD) หัตถการสวนหัวใจ (Coronary artery angiography-CAG) การเจาะระบายของเหลวออกจากเยื่อหุ้มหัวใจ และการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิด 3 ทาง ผู้ป่วยรายที่ 2 มีหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิด 2 ทาง การใส่ท่อช่วยหายใจ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

และการให้สารน้ำ Hypertonic solution ทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางถ้ามีจำนวนช่องทางมากจะเป็นการเพิ่มอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าจำนวนช่องทางน้อย (CDC, 2019) รวมทั้งผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการที่มีการสอดใส่สายเข้าสู่ร่างกายจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย (บุรพา กาญจนบัตร, 2558)

4. ระยะเวลาในการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ผู้ป่วยรายที่ 1 ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิด 3 ทาง ระยะเวลา 18 วัน จึงเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ผู้ป่วยรายที่ 2 ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิด 2 ทาง ระยะเวลา 8 วัน จึงเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางถ้ามีจำนวนช่องทางมากจะเป็นการเพิ่มอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าจำนวนช่องทางน้อย รวมทั้งจำนวนวันที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่มากขึ้นจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ CLABSI (CDC, 2019)

5. การวินิจฉัยการติดเชื้อจากอาการและอาการแสดง ผลการเพาะเชื้อที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยรายที่ 1 พบเชื้อแบคทีเรียในเลือด 1 ตัวอย่าง หลังการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 18 วัน ได้แก่ เชื้อ *Burkholderia cenocepacia* จึงวินิจฉัยการติดเชื้อเป็นการติดเชื้อของแบคทีเรีย และแสดงแหล่งของการติดเชื้ออยู่ใน Central line ในระยะเวลาหนึ่งๆ กล่าวคือภายหลังใส่ Central line 2 วัน และภายหลังการถอด Central line 1 วัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 พบเชื้อแบคทีเรียในเลือด 2 ตัวอย่าง และเป็นเชื้อเดียวกับ

ปลายสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ได้แก่ เชื้อ Methicillin-resistance *Staphylococcus aureus*: MRSA จึงวินิจฉัยการติดเชื้อเป็นการติดเชื้อของแบคทีเรียโดยแหล่งของการติดเชื้อคืออยู่ใน Central line และมีผล Hemoculture จากการดูดเลือดจาก central line เป็นเชื้อเดียวกัน (CDC, 2019)

6. การรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางด้วยยาปฏิชีวนะที่สอดคล้องกับผลเพาะเชื้อในเลือด โดยผู้ป่วยรายที่ 1 พบเชื้อแบคทีเรียในเลือด คือ *Burkholderia cenocepacia* ได้รับยาปฏิชีวนะ Meronem 2 gm ทุก 8 ชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นยาต้านแบคทีเรียที่มี β -lactam ring อยู่ในโครงสร้าง (Beta-lactam antibacterial) จัดอยู่ในกลุ่ม Carbapenems ยาสามารถแทรกเข้าไปในผนังเซลล์ของแบคทีเรียส่วนใหญ่ทั้งชนิดแกรมบวกและแกรมลบ ยาจับกับ Penicillin-binding protein และออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ ผู้ป่วยรายที่ 2 พบเชื้อแบคทีเรียในเลือดคือ Methicillin-resistance *Staphylococcus aureus*: MRSA ได้รับยาปฏิชีวนะ Meronem 1 gm วันละครั้ง และ Vancomycin 1 gm ทุก 48 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ ซึ่ง Meronem เป็นยาต้านแบคทีเรียทั้งชนิดแกรมบวกและแกรมลบ และ Vancomycin ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ที่ใช้ต่อต้านการติดเชื้อแบคทีเรีย *Staphylococcus* ในขั้นรุนแรง หรือใช้ต่อต้านเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะตัวอื่น โดยเฉพาะในแบคทีเรียชนิดแกรมบวก โดยยาจะไปยับยั้งการสร้างสารเปปทิโดไกลัยแคน (Peptidoglycan) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของผนังเซลล์ (เซลล์-เนื้อเยื่อ-

อวัยวะ) ของแบคทีเรียส่งผลให้หยุดการแพร่พันธุ์และตายลงในที่สุด (สัจจะ อิศรางกูร ณ อยุธยา และ เพณินาห์ โอเบเยอร์, 2558)

7. บทบาทพยาบาลในการดูแลกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย เป็นไปตามแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ซึ่งผู้ศึกษาได้จัดทำเป็นป้ายสรุปแนวทางการปฏิบัติ (CLABSI Bundle of care) ที่ง่ายต่อการจดจำ ร่วมกับการใช้ Checklist CLABSI Bundle of care คือ

7.1 H (Hand hygiene) - ล้างมือด้วยสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ อย่างน้อย 15 วินาทีก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย

7.2 A (Avoid) - หลีกเลี่ยงตำแหน่ง femoral

7.3 M (Maximal sterile barrier) - ใช้ Maximal sterile barrier ขณะใส่สายสวนหลอดเลือด

7.4 C (CHG) - ใช้ 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol ทาผิวหนังก่อนแทงสายสวน 30 วินาที

7.5 D (Dressing) - ทำแผลตำแหน่งที่ใส่สายสวนด้วย 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol อย่างน้อยทุก 2 วัน (ปิด Sterile gauze) ทุก 7 วัน (ปิด Sterile Transparent)

7.6 D (Daily review) - ประเมินความจำเป็นในการใส่สายสวนหลอดเลือดทุกวัน

7.7 S (Scrub) - Scrub the hub โดยใช้ 70% Alcohol ทุกครั้ง นานอย่างน้อย 15 วินาที

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้จากการพยาบาล

อย่างใกล้ชิด มีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน รวมทั้งมีการดูแลตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของโรงพยาบาลซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ดังนั้นผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางทุกคนจะต้องมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวิกฤต มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้

2. ควรมีการนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และมีการประเมินสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในหอผู้ป่วยที่รับดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

3. ควรวางแผนเรื่องอัตราค่าล้างที่เหมาะสมสำหรับหอผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพราะมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมาก

4. ควรมีการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการเข้ายาลึกขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราตาย

เอกสารอ้างอิง

- นิตยา อินทราวัฒนา และมูทิตา วนาภรณ์. (2558). โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและสถานการณ์การดื้อยา. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 22(1), 81-92.
- บุรพา กาญจนบัตร. (2558). *การใส่และดูแลสายสวนหลอดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: โฆสิตการพิมพ์.
- ภัทรภรณ์ ศรีพรมมา และดวงกมล สุขทองสา. (2562). การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง: กรณีศึกษา. *วารสารการพยาบาล*, 21(2), 88-99.
- ยาใจ อภิบุณโยภาส. (2557). การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 14(1), 79-92.
- โรงพยาบาลนครปฐม. (2563). *รายงานประจำปี 2558 ถึง 2562*. นครปฐม: โรงพยาบาลนครปฐม.
- สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- สัจจะ อิศรางกูร ณ อยุธยา และเพณีนารถ โอเบยอร์. (2558). *การใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องและเหมาะสมในเด็กและผู้ใหญ่*. เชียงใหม่: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Acharya, R., Bedanta Mishra, S., Ipsita, S., & Azim, A. (2019). Impact of Nursing Education on CLABSI Rates: An Experience from a Tertiary Care Hospital in Eastern India. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 23(7), 316–319. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23205>
- Arvaniti, K., Lathyris, D., Blot, S., Apostolidou-Kiouti, F., Koulenti, D., Haidich, AB. (2017). Cumulative evidence of randomized controlled and observational studies on catheter-related infection risk of central venous catheter insertion site in ICU patients: a pairwise and network meta-analysis. *Crit Care Med*, 45(4), 437-448. Doi:10.1097/CCM.0000000000002092.
- Asanathong, N.W., Rongrungreung, Y., Assanasen, Susan., Pumsuwan, V., Wiruchkul, N., Lapphra, K., Phongsamart, W., Wittawatmongkol, O., & Kongstan, N. (2017). Epidemiology and trends of important pediatric healthcare-associated infections at siriraj hospital, Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 48(3), 641-654.
- Boord, C. (2019). Pulsatile flushing: A review of the literature. *J Infus Nurs*, 42(1), 37-43. Doi: 10.1097/NAN.0000000000000311.

- Buetti, N., Marschall, J., Drees, M., Fakih, MG., Hadaway, L., Maragakis, LL., Monsees, E., Novosad, S., O'Grady, NP., Rupp, ME., Wolf, J., Yokoe, D., & Mermel, LA. (2022). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 43(5), 1-17. Doi:10.1017/ice.2022.87.
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2019). *Bloodstream Infection Event (central line-associated bloodstream infection and non-central line associated bloodstream infection). device-associated Module, BSI*. Retrieved from http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf
- Goossens, GA. (2015). Flushing and locking of venous catheters: available evidence and evidence deficit. *Nursing Research Practice*, vol.2015, Article ID 985686, 12 pages. Doi: 10.1155/2015/985686.
- Gorski, LA., Hadaway, L., Hagle, ME., Broadhurst, D., Clare, S., Kleidon, T., Meyer, BM., Nickel, B., Rowley, S., Sharpe, E., Alexander, M. (2021). Infusion therapy standards of practice, (8th ed.). *J Infus Nurs*, 44(1S Suppl 1), 1-24. Doi:10.1097/NAN.0000000000000396.
- Lissauer, ME., Leekha, S., Preas, MA., Thom, KA., Johnson, SB. (2012). Risk factors for central line-associated bloodstream infections in the era of best practice. *J Trauma Acute Care Surg*, 72(5), 1174-80. Doi:10.1097/TA.0b013e31824d1085.
- Parienti, JJ. (2017). Catheter-related bloodstream infection in jugular versus subclavian central catheterization. *Crit Care Med*, 45(7), 734-735. Doi:10.1097/CCM.0000000000002400.
- Rosenthal, V., AL-Abdely, HM., El-Kholy, AA., AlKhawaja, SAA., Leblebicioglu, H., Mehta, Y., et al. (2016). International Nosocomial Infection Control Consortium report, data summary of 50 countries for 2010–2015: Device-associated module. *Am J infect control*. 44(12), 1495–1504. doi: 10.1016/j.ajic.2016.08.007. Epub 2016 Oct 11. PMID: 27742143.
- Rosenthal, VD. (2020). Impact of needle-free connectors compared with 3-way stopcocks on catheter-related bloodstream infection rates: A meta-analysis. *Am J Infect Control*, 48(3), 281-284. Doi:10.1016/j.ajic.2019.08.015.
- Stevens, V., Geiger, K., Concannon, C., Nelson, RE., Brown, J., Dumyati, G. (2014). Inpatient costs, mortality and 30-day re-admission in patients with central-line-associated bloodstream infections. *Clinical Microbiology and infection*. 20(5), 318-324. Doi: 10.1111/1469-0691.12407.

- Wolf, J., Tang, L., Rubnitz, JE., Brennan, RC., Shook, DR., Stokes, DC., Monagle, P., Curits, N., Worth, JL., Allison, K., Sun, Y., & Flynn, PM. (2015). Monitoring central venous catheter resistance to predict imminent occlusion: A prospective pilot study. *PLoS ONE*, 10(8), e0135904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135904>
- Yimyam, P., Sirikul, S., Chantara, P., Rounsri, W., Authapornkusuth, P., & Kutragoon, R. (2015). The efficacy of 10% povidone-iodine solution and 2% chlorhexidine in patients with central venous catheter inserted: A systemic reviews. *Journal of Nursing and Health Care*, 33(1), 145-153. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/36098>
- Ziegler, MJ., Pellegrini, DC., Safdar, N. (2015). Attributable mortality of central line associated bloodstream infection: systematic review and meta-analysis. *Pubmed*, 43(1), 29-36. doi:10.1007/s15010-014-0689-y.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

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

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
2. บทความวิชาการทางการแพทย์

การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

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

1.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาว 10-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรมากเกิน 20 รายการ

1.2 บทความวิชาการ ความยาว 9-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรมากเกิน 20 รายการ

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

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

4. **บทคัดย่อ และ Abstract** ต้องมีทั้งบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยพิมพ์แยกหน้าพร้อม Footnote ความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

4.1 บทคัดย่อ ของบทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาวไม่เกิน 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 250 คำ ทั้งบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทย

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

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

7. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา จะต้องมีการเขียนของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. รูปแบบของการเขียนบทความ

8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ ดังนี้

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

- 8.1.2 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย
- 8.1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 8.1.4 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย ต้องอธิบายพร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอสังเขป
- 8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

- 8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
- 8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตาราง 1

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

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

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

8.2 บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

8.2.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ, คำสำคัญและ Keywords อยู่หน้าแรก และหน้าที่ 2

8.2.2 เนื้อหาบทความอยู่หน้าที่ 3 ประกอบด้วยบทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป โดยเนื้อหาบทความควรเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ และนำไปสู่บทสรุป ข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล

9. การเขียนอ้างอิง

การเขียนอ้างอิงประเภทต่างๆ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ APA (6th edition) ดังตัวอย่าง

9.1 อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

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

9.2 อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ/ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหนังสือ/(น./เลขหน้า)/สถานที่พิมพ์/สำนักพิมพ์. (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก. (2534). การรักษาภาวะหอบหืดเฉียบพลันในเด็ก. ใน สมศักดิ์ โล่เลขา, ชลรัตน์ ติเรกวัชชัย และมนตรี 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. Bdkkdkiskidik <i>Socioeconomic status, Parenting, and Child development</i> (pp. 29-82). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
หนังสืออิเล็กทรอนิกส์	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/พิมพ์ครั้งที่/สืบค้นจาก/URL (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เกรียงศักดิ์ ลาภจตุรพิช. (2558). <i>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>ประวัติศาสตร์ของกาลเวลา 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/(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรีหรือวิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)/ชื่อมหาวิทยาลัย/ชื่อเมือง.
ตัวอย่าง	สมหมาย ถิรวิทย์าคม. (2547). <i>ประสบการณ์การนอนท้าวหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (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/(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)./ชื่อมหาวิทยาลัย./สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's thesis)./ชื่อมหาวิทยาลัย./Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	มานพ จันทรเทศ. (2547). การนำเสนอรูปแบบการพัฒนานโยบายของสถาบันราชภัฏ (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต). 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/(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)./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 ผ่องพันธุ์. (2552). <i>เปิดโลกทัศน์ให้ผู้สูงอายุ</i> . สืบค้นจาก http://suanprung.go.th. article-new National Education Goals Panel (NEGP). (1997). <i>Ready schools</i> . Retrieved from http://govinfo.library.unt.edu/negp/reports/readysch.pdf

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

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

10. การส่งบทความ

10.1 ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา และหากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้องจะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

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

11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

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

ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามคน ส่วนการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นกับบรรณาธิการวารสารฯ โดยบรรณาธิการจะส่งผลการพิจารณาไปยังผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ อาจเป็นการตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์ กรณีเป็นการตอบรับการตีพิมพ์ส่วนใหญ่จะมีข้อเสนอแนะให้มีการปรับแก้ไขตั้งแต่การปรับแก้ไขเพียงเล็กน้อยจนถึงการปรับแก้ไขระดับมาก เพื่อให้บทความวิชาการและบทความวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

11.2 ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

11.3 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ภายในสถาบันกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.4 บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขพร้อมชี้แจงการปรับแก้ไขในแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปเล่มของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.7 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน-บ้านแพ้ว ตำบลดอนยายหอม

อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102-04 โทรสาร 0-3427-4500

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

อ่านบทความฉบับเต็ม (Full text)

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

ตัวอย่างบทความวิจัย

ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่*

บุษบา เนติสารยาภากร**, 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 ตามประกาศขององค์การอนามัยโลกนั้น การนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ถือเป็นเครื่องมือหลัก และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการบริหารจัดการระบบสุขภาพทั่วโลกให้มีประสิทธิภาพ สำหรับประเทศไทย การประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย “ไทยแลนด์ 4.0” ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพยุคใหม่ ไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนของประเทศ

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

คำสำคัญ : สารสนเทศทางการพยาบาล, ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, ไทยแลนด์ 4.0

Nursing Informatics in Emergency Medical Service System

Porntip Jokkrajai*, 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. กอนยาวหอม 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