

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้นักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ดร.พิศิษฐ์ พลชนะ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
นางสาววิลาวัณย์ ธนวรรณ	ข้าราชการบำนาญ

บรรณาธิการ

ดร.เนติยา	แจ่มทิม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
-----------	---------	-------------------------------------

กองบรรณาธิการ

1.ดร.จารุวรรณ	สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2.นางขวัญฤทัย	พันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
3.นางเรวดี	โพธิ์รัง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
4. ดร.สมชาย	ชัยจันทร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
6.ดร.จักรกฤษณ์	สิริริน	ผู้อำนวยการ สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกรั่นกรองผลงานวิชาการ

1. รศ.ดร.สมใจ	พุทธาพิทักษ์ผล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช
2. รศ.ดร.วันเพ็ญ	แก้วปาน	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.ดร.พร้อมพิไล	บัวสุวรรณ	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง	เดชะบุญเสริมศักดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รศ.รศ.พลสุข	หิงคานนท์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
5. ผศ.ดร.ยุวดี	ลีลคณาวิระ	มหาวิทยาลัยบูรพา
6. ผศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	มหาวิทยาลัยบูรพา
7. ดร.พรชัย	จุลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
8. ผศ.ดร.สาโรจน์	เพชรมณี	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
9. ผศ.ดร.วรรณวดี	เนียมสกุล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. ดร.สมชาย	ชัยจันทร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกรั่นกรองผลงานวิชาการ (ต่อ)

11. ดร.จักรกฤษณ์	สิริริน	ผู้อำนวยการ สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)
12. ดร.จอม	สุวรรณโณ	สำนักพยาบาลมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
13. ดร.ภาวดี	เหมทานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
14. ดร.จามจุรี	แซ่หลู่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
15. ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
16. ดร.ชูศักดิ์	เย็นนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
17. ดร.บุศริน	เอี้ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
19. ดร.ทักษิณ	ชัชวรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
20. ดร.สุภาวดี	นพจรจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ดร.ชุดิภาญจน์	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
22. ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23. รอ.หญิง ดร.จรรยาภรณ์ ป้องเจริญ		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
24. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวนิภาพร พึ่งดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. นางสาวเกศสรา ศีคำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
3. นายอมรเทพ ศรีวิเชียร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม – ธันวาคม

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มีบทความวิชาการ 1 เรื่องและบทความวิจัย 6 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติงานที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีอ้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การประยุกต์ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกในการเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล	5
: เรวดี ศรีสุข	
ผลของไซโคนิวโรบิกส์ ในการลดอาการปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี	22
: กรพินท์ ปานวิเชียร	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในสมองรุนแรงโดยใช้ ระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (MEWS)	40
: กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ	55
: รุ่งนิภา จ่างทอง	
วงล้อประเมินดัชนีมวลกาย เด็กอายุ 7-18 ปี	74
: ชนะ โพธิ์ทอง	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 30 25 ของประชาชนจังหวัด สุพรรณบุรี	84
: พัทรินทร์ มณีพงศ์ วลัยพร สิงห์จ้อย สัตยา สุขขำ และเพชรน้อย ศรีผดผ่อง	
คุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	95
: เนติยา แจ่มทิม จารุวรรณ สอนองญาติ และลักขณา ศิริถิกุล	

การประยุกต์ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกในการเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล

เรวดี ศรีสุข, พย.ม*

บทคัดย่อ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการให้เหตุผลที่เหมาะสม ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่มีผลกับภาวะสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ กระบวนการให้เหตุผลโดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงอัตนัยและปรนัย สรุปออกมาเป็น “ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์” ซึ่งจัดเป็นพื้นฐานของการเลือกแนวทางการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้น การเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ถูกต้องภายใต้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพช่วยให้พยาบาลทราบจุดมุ่งหมายและแนวทางของการวางแผนการพยาบาลที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

คำสำคัญ : การให้เหตุผลทางคลินิก การเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์ นักศึกษาพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

E-mail: rawadee@snc.ac.th

Application of clinical reasoning processes in nursing diagnosis writing for nursing students

Rewadee Srisuk, M.N.S.

Abstract

Nursing diagnosis it is the application of theoretical knowledge to practice based on reasonable reasoning, to find the relationship between health condition and factors affecting health condition. Through the process of thinking analysis, the process of using both subjective and objective of information reasoning is summarized as a "nursing diagnosis", which forms the basis for the selection of nursing planning and practice approaches to remedy and promote the health of individual, family and community clients. Therefore, writing correct nursing diagnosis under an efficient clinical reasoning process helps nurses know the purpose and approach of the correct nursing plan, as a result, the service recipients are taken care of with quality and safety.

Keywords : clinical reasoning nursing diagnosis nursing students

บทนำ

การเขียนวินิฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาลที่นำความต้องการ หรือปัญหาของผู้รับบริการผ่านการวิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกในการพิจารณาตัดสินใจ เพื่อเป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ในการตอบสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพของบุคคลทั้งรายเดี่ยว รายกลุ่ม ครอบครัวหรือชุมชน ดังนั้น การเขียนวินิฉัยทางการพยาบาลที่ดี ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการแบบองค์รวมจึงต้องผ่านการเรียนรู้และการฝึกฝนโดยเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลให้ใช้องค์ความรู้ (knowledge based) ที่เกี่ยวข้องส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ (critical thinking) อย่างเป็นระบบ การใช้เหตุและผล (rational) และการตัดสินใจ (decision-making) ในการอ้างอิงได้อย่างถูกต้องตามหลักการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจัดเป็นการศึกษาวิชาชีพเฉพาะ มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้ และสมรรถนะทางการพยาบาล การจัดการเรียนการสอนประกอบด้วยภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ พัฒนาระบวนการคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหาการพยาบาล รวมทั้ง

ได้ฝึกทักษะต่างๆ จนมีความชำนาญ (มยุรี ยิปาโล๊ะ และคณะ, 2560) ซึ่งในภาคปฏิบัตินั้นได้มีการกำหนดให้ผู้เรียนมีการเขียนแผนการพยาบาล (nursing care plan) ทุกวัน โดยมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การเขียนวินิฉัยทางการพยาบาล การกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล จะเห็นได้จากประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการวินิฉัยการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีปัญหาสูงสุด คือ ด้านผู้เรียนกล่าวคือ ผู้เรียนขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียนวินิฉัยการพยาบาล ไม่สามารถรวบรวมและนำข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพมาวิเคราะห์ เชื่อมโยงการเขียนวินิฉัยปัญหาทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสภาพของผู้รับบริการได้ รวมถึงไม่สามารถเขียนวินิฉัยทางการพยาบาลได้ถูกต้อง และไม่สามารถระบุข้อวินิฉัยทางการพยาบาลหลายข้อ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความวิตกกังวลและไม่ชอบการเขียนวินิฉัยทางการพยาบาล (นิสากร วินูลชัย และกานต์วี โบราณมูล, 2557, Aquilino, 1997)

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาจารย์พยาบาล พยาบาลที่เลี้ยงมีแนวทางในการสอนผู้เรียนเกี่ยวกับการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการให้เหตุผลเป็นเครื่องมือ มีหัวข้อที่สำคัญคือ ขั้นตอนการให้เหตุผล ประเภทของการให้เหตุผลทางคลินิก หลักความถูกต้องในการให้เหตุผลในคลินิก หลักการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่วนประกอบของการวินิจฉัยทางการพยาบาล ชนิดของการวินิจฉัยทางการพยาบาล และการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลกับกระบวนการให้เหตุผลทางคลินิก

แนวคิดเกี่ยวกับการให้เหตุผลทางคลินิก

การให้เหตุผลทางคลินิกเป็นกระบวนการที่พยาบาลใช้เพื่อตัดสินใจใช้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและเพื่อให้การดูแลที่เกิดผลดีที่สุดกับผู้ป่วย โดยใช้ทบทวนองค์ความรู้เดิม การรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตีความหรือประมวลผล และหาประเด็นสำคัญในการระบุนการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้ว มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น หรือภาวะสุขภาพดี ภายหลังการตัดสินใจจากการให้เหตุผลแล้วนั้นนำผลการปฏิบัติการพยาบาลมาประเมินผล และสะท้อนคิดจากประสบการณ์นั้นๆ ซึ่งการใช้เหตุผลทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

ในการดูแลผู้รับบริการตามบริบทของแต่ละบุคคล

ความหมายการให้เหตุผลทางคลินิก

การให้เหตุผลทางคลินิก (clinical reasoning) คือ กระบวนการคิดหลายขั้นตอนที่มีความซับซ้อน ผ่านความคิดที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ ความรู้เฉพาะที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล ในการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้รับบริการ พร้อมทั้งประเมินความสำคัญของสถานการณ์นั้นๆ เพื่อนำไปสู่การทางเลือกที่เหมาะสม (Tanner, 2006, Simmon, 2010) ดังนั้น การให้เหตุผลจึงประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นสาเหตุหรือส่วนที่กล่าวอ้างเป็นหลักฐาน และส่วนที่เป็นผลหรือส่วนที่เป็นข้อสรุปว่าเป็นจริง

ขั้นตอนของการให้เหตุผลทางคลินิก

การให้เหตุผลทางคลินิกเกิดขึ้นจากความงจใจอย่างมีเป้าหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในคลินิกที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและผลที่อาจเกิดขึ้น ซึ่ง Tanner (2006) อธิบายขั้นตอนของการให้เหตุผลทางคลินิกไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสังเกตเห็น (noticing) เป็นการรับรู้ถึงสถานการณ์ในคลินิกที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น ซึ่งเป็นการคาดการณ์ต่อสถานการณ์นั้นๆ ที่เกิดขึ้นจากองค์ความรู้ของพยาบาล เช่น ความรู้เฉพาะ หรือความรู้เดิม ความเข้าใจในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

2. การตีความ (interpreting) คือ การทำความเข้าใจและตอบสนองเกี่ยวกับสถานการณ์ในคลินิกที่เกิดขึ้น รวมถึงการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถอธิบายถึงเหตุผลที่นำมาสนับสนุนการในสถานการณ์นั้นได้

3. การตอบสนอง (responding) คือ การตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแล หรือให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในคลินิก

4. การสะท้อนคิด (reflecting) เป็นการทบทวนผลลัพธ์ของแนวทางการดูแล หรือให้การช่วยเหลือผู้รับบริการภายหลังเลือกแนวทางปฏิบัตินั้นๆ โดยการมุ่งเน้นการประเมินในทุกระยะของการปฏิบัติการดูแล หรือให้การดูแลผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นข้อดีหรือเสีย เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป

ประเภทของการให้เหตุผลทางคลินิก

การให้เหตุผลทางคลินิกสามารถแบ่งประเภทตามวิธีการที่ใช้ในการให้เหตุผลทางการพยาบาล (วิชัย เสวกงาม (2557), สมจิตต์ สินธุชัย, พัทธนิยา เชียงตา และณัฐวุฒิ บุญสนธิ (2561)) ได้แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. การให้เหตุผลแบบนิรนัย (deductive reasoning) เป็นการให้เหตุผลโดยการตั้งสมมติฐานอันมีฐานมาจากข้อเท็จจริง ซึ่งการให้เหตุผลแบบนิรนัยนี้คำตอบ วิธีการ หรือ

คำอธิบายใดๆจะถูกตั้งก็ต่อเมื่อหลักการ หรือทฤษฎีนั้นถูกต้อง หรือเป็นจริงด้วยเช่นกัน

2. การให้เหตุผลแบบอุปนัย (inductive reasoning) เริ่มจากการนำแนวคิดปัจจัยย่อยๆ ที่เฉพาะเจาะจงจากปรากฏการณ์ต่างๆ ที่สังเกตเห็นได้มาสร้างเป็นข้อสรุปใหม่ที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาเป็นหลักการ ข้อเท็จจริง หรือทฤษฎีใหม่ๆ ต่อไป

3. การให้เหตุผลแบบคาดการณ/การให้เหตุผลเชิงอธิบาย (abductive reasoning) การให้เหตุผลลักษณะนี้ใช้ในการวินิจฉัยโรค หรือการวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลทั้งอดีตและปรนัยในการอธิบายปัญหาของผู้ป่วย

4. การให้เหตุผลเชิงอุปมาอุปไมย (analogy reasoning) เป็นวิธีการประมวลผลข้อมูลที่เปรียบเทียบความคล้ายคลึงกันระหว่างแนวคิดใหม่กับแนวคิดที่เข้าใจแล้ว และใช้ความคล้ายคลึงนั้นเพื่อให้เข้าใจแนวคิดใหม่

5. การให้เหตุผลเชิงจริยธรรม (moral reasoning) เป็นการให้เหตุผลสำหรับแนวทางการปฏิบัติการให้เหตุผลเชิงจริยธรรม โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำความเข้าใจว่าบุคคลคิดและใช้กระบวนการอย่างไรในการจัดการกับประเด็นทางขัดแย้งทางจริยธรรม

หลักความถูกต้องในการให้เหตุผลในคลินิก

การให้เหตุผลทางคลินิกเกิดขึ้นจากกระบวนการรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลของผู้รับบริการมาวิเคราะห์หาประเด็นสำคัญเพื่อ

นำไปสู่แนวทางการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม นั้น พยาบาลจำเป็นต้องยึดหลักของความถูกต้องเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ในคลินิก ซึ่ง Levett-Jones และคณะ (2010) ได้เสนอหลักความถูกต้องในการให้เหตุผลในคลินิกไว้ 5 เรื่อง (The 'five rights' of clinical reasoning) เพื่อส่งเสริมการให้เหตุผลในคลินิกมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

1. ข้อมูลถูกต้อง (right cues) คือ การรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ และผ่านการวิเคราะห์ เพื่อทำการจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันมาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละบุคคล โดยข้อมูลที่ถูกต้องนี้เกิดจากการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ทั้งหมดมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้กับสถานการณ์นั้นๆ เช่น ผู้ป่วยมีไข้ ปัสสาวะแสบขัด ปวดท้องน้อย ทำให้นึกถึงภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

2. ถูกต้องกับผู้ป่วย (right patient) คือ ความถูกต้องในหลักของการประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ มิใช่แค่การตรวจสอบชื่อนามสกุล หรือวัน เดือน ปีเกิด ของผู้รับบริการ เช่น พยาบาลต้องตระหนักว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด หรือใช้ยากลุ่ม prednisolone มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไปจากภูมิคุ้มกันที่ต่ำลง เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ บอกอาการและอาการแสดง

สัญญาณเตือนต่างๆ ที่แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงนั้นๆ เพื่อใช้เป็นเหตุผลในการเลือกแนวทางการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ

3. ระยะเวลาถูกต้อง (right time) หมายถึง การประเมินสถานการณ์ในคลินิกที่เปลี่ยนแปลงซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และวางแผนให้การดูแลในเวลาที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันความเสี่ยงนั้นๆ

4. การปฏิบัติการดูแลถูกต้อง (right action) เป็นการปฏิบัติการดูแลตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือกแล้วว่าเหมาะสมกับผู้รับบริการ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ หากพยาบาลตัดสินใจเลือกการปฏิบัติการดูแลที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้รับบริการเกิดอันตรายจนถึงความตายได้ ดังนั้น พยาบาลต้องตระหนักในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจว่าควรให้การดูแลอะไรเป็นอันดับแรก พร้อมเลือกแนวทางการดูแลที่ถูกต้อง

5. การให้เหตุผลที่ถูกต้อง (right reason) ในการให้เหตุผลในคลินิกไม่ใช่แค่การให้เหตุผลที่ถูกต้องซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้องเท่านั้น แต่พยาบาลต้องเข้าใจเหตุผลของการกระทำนั้นๆ ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญของการให้เหตุผลในคลินิกที่สอดคล้อง

กับสถานการณ์ไม่ว่าจะเป็นด้านคุณธรรม จริยธรรม กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้องและนำมาพิจารณา ในภาพรวม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้รับบริการแต่ละบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล

การเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นข้อความที่เขียนบอกถึงปัญหาภาวะสุขภาพ สภาพ และความต้องการของผู้รับบริการทั้ง รายบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีวัตถุประสงค์ เพื่อ แก้ไข ปัญหา สุข ภาพ ป้อง กัน ภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมภาวะสุขภาพของ ผู้รับบริการ โดยพยาบาลสามารถเขียนวินิจฉัย ทางการพยาบาลภายใต้ต้องรู้ความรู้ พร้อมทั้ง สามารถดูแลผู้รับบริการภายใต้ขอบเขตของ วิชาชีพ ดังนั้นการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาล จึงจัดเป็นทักษะทางปัญญาที่พยาบาลต้องใช้ กระบวนการคิดวิเคราะห์ การให้เหตุผลทาง คลินิก เพื่อสรุปมาเป็นการวินิจฉัยทางการ พยาบาล และเขียนออกมาภายใต้ขอบเขตของ วิชาชีพ นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติการ พยาบาล เพื่อนำไปแก้ไขปัญห สุขภาพ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน หรือสิ่งที่มีผลต่อการเบี่ยงเบน ของภาวะสุขภาพ

ความหมายการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาล

การเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ข้อความที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่ที่สัมพันธ์กันเข้าด้วยกันเพื่อระบุถึง

ภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่ง เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการ ตอบสนองต่อภาวะสุขภาพ ทั้งปัญหาที่เกิดขึ้น แล้ว มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หรือส่งเสริม สุขภาพ (NANDA International, 2017)

ขั้นตอนของการวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็น การตัดสินใจของพยาบาลในการใช้สติปัญญา ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลของ ผู้รับบริการที่รวบรวมได้ทั้งเชิงอัตนัย และ ปรนัย แล้วนำมาเขียนถึงภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น และที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยใช้ข้อความที่ กระชับรัด ชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ การพยาบาลเพื่อแก้ไข หรือส่งเสริมภาวะ สุขภาพนั้น ซึ่งมีขั้นตอนในการวินิจฉัยทางการ พยาบาล (Seaback, Wanda, 2006) ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้มากที่สุด และนำมาประมวลผล แปลความ จัดกลุ่ม ของข้อมูล (data processing)

2. การกำหนดภาวะ สุข ภาพ (determinating health status) เป็นการกำหนด ปัญหา หรือความเป็นได้ของภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น

3. การกำหนดปัญหาหรือการเขียน วินิจฉัยการพยาบาล (formulating nursing diagnosis) ประกอบด้วยการกำหนดข้อวินิจฉัย/ ปัญหา ร่วมกับสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั้นๆ จากข้อมูลที่ประมวลได้

ส่วนประกอบของการวินิจฉัย
ทางการพยาบาล
 การกำหนดการวินิจฉัย
 ทางการพยาบาลควรรวบรวมข้อมูลให้ได้ตรง
 ตามความเป็นจริง ชัดเจนให้มากที่สุดเพื่อมี
 น้ำหนักที่เพียงพอต่อการนำมาเขียนข้อวินิจฉัย
 ทางการพยาบาลภายใต้ขอบเขตของเหตุและผล

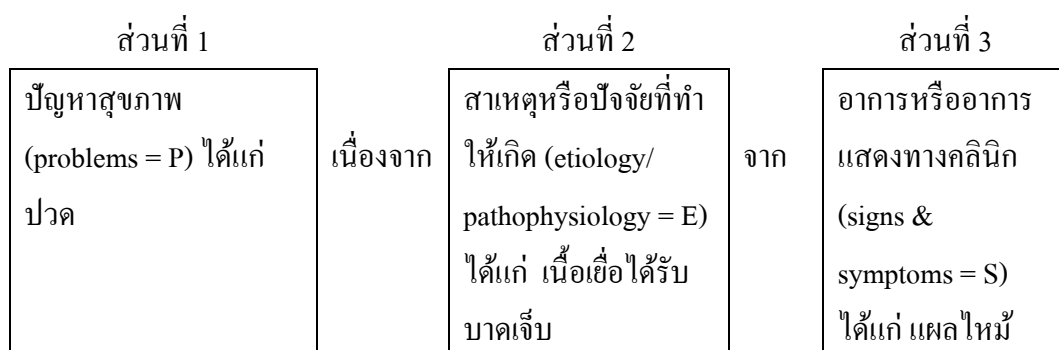
ที่เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กัน โดยในการเขียนข้อ
 วินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถแบ่ง
 ส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
 ได้เป็น 3 ส่วน (Three-part diagnostic system
 =PES) (Betty & Gail, 2006) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (problem = P)	ส่วนที่ 2 สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งที่ทำให้เกิด ปัญหาสุขภาพ (etiology = E)	ส่วนที่ 3 อาการหรืออาการแสดงทาง คลินิก (signs & symptoms = S)
แสดงถึงภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็น ภาวะสุขภาพดี ภาวะ เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา สุขภาพ หรือภาวะ เจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลที่เกิด จากสาเหตุ หรือส่วนที่ 2 นั่นเอง	เป็นส่วนหลักของข้อความที่บอกถึง สาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยง หรือสิ่งที่ทำ ให้เกิดปัญหาสุขภาพเพื่อบอกให้ ทราบว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร มีประโยชน์ในการกำหนดแนวทาง ช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ นั้นได้ตรงเป้าหมาย	เป็นข้อความที่ขยายส่วนที่ 2 ให้ เห็นปัญหาชัดเจนมากขึ้น ซึ่งอาจ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรือ อาการแสดงทางคลินิกที่รวบรวม ได้จากผู้ป่วย หรืออาจเป็นการ วินิจฉัยโรคของแพทย์เพื่อช่วย ให้เห็นปัญหาชัดเจนยิ่งขึ้น

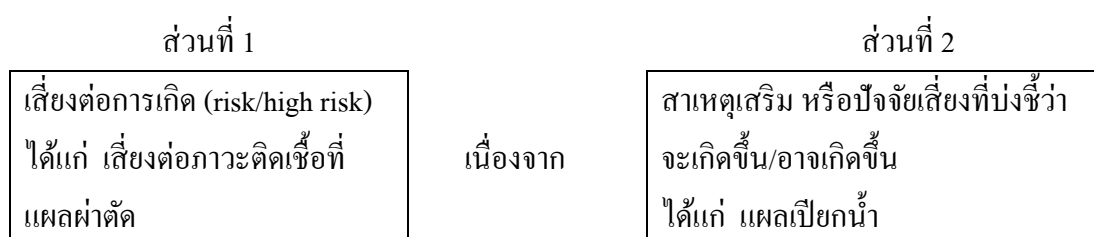
ชนิดของการวินิจฉัยทางการพยาบาล

การกำหนดการวินิจฉัยทางการ
 พยาบาลได้จากการรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็น
 แนวทางในการแก้ไขปัญหสุขภาพ ทั้งการดูแล
 รักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ โดย
 สามารถแบ่งออกได้ 5 ชนิด (Carpenito-Moyet,
 2010) ดังนี้

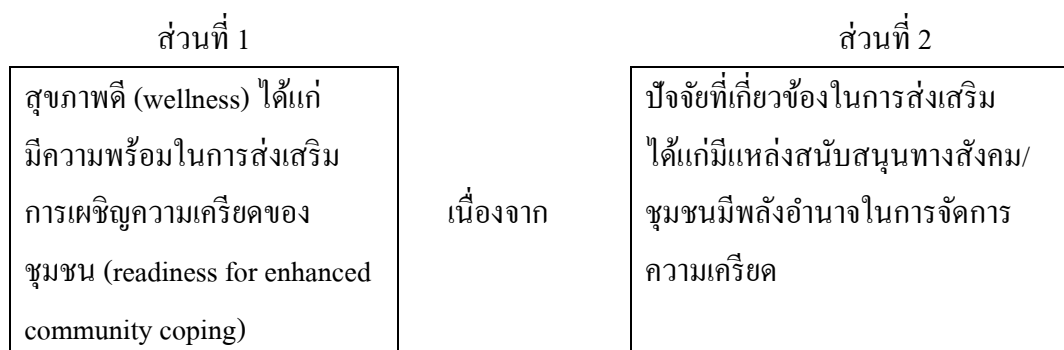
1. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว
 (actual nursing diagnosis) หมายถึง ปัญหา
 สุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว วินิจฉัยจากข้อมูลที่
 ปรากฏอย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น ปวดเนื่องจาก
 เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากแผลไหม้



2. ปัญหาสุขภาพที่คาดว่าจะเสี่ยงที่จะเกิด (a risk/high risk nursing diagnosis) ตัวอย่าง เช่น
เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากแผลเปื่อยน้ำ



3. ผู้รับบริการที่มีภาวะสุขภาพดี (wellness nursing diagnosis) ตัวอย่างเช่น



4. อาจเกิด/อาจเป็นไปได้ (a possible nursing diagnosis) หมายถึง ปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งมีหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งที่เป็นปัญหา แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเคยทำงานหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว

แต่ถูกเลิกจ้างงานซึ่งอาจจะเกิดหรือไม่เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงก็ได้ จึงสามารถระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ว่า “อาจเกิดภาวะคุณค่าแห่งตนเองลดลง (possible low self-esteem) เนื่องจากถูกเลิกจ้างงาน”

ส่วนที่ 1

อาจเกิด/อาจเป็นไปได้ (possible)
ได้แก่ อาจเกิดภาวะคุณค่าแห่งตนเอง
ลดลง (Possible low self-esteem)

เนื่องจาก

ส่วนที่ 2

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
ถูกเลิกจ้างงาน

5. กลุ่มอาการ (a syndrome diagnosis)

(carpenito, LJ, 2008) ได้แก่

- disuse syndrome คือ กลุ่มอาการ
อันเนื่องมาจากการไม่ได้ใช้งานมักพบอาการ
กล้ามเนื้อ ฝ่อลีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติด
เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ฯลฯ

- post-trauma syndrome /risk for
post-trauma syndrome คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น
ภายหลังการผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง จะมีอาการ
เห็นภาพหลอน ฝันร้าย มีความคิดในแง่ลบและ
มีอารมณ์ขุ่นมัว แยกตัวหรือทิ้งกิจกรรมต่างๆ ที่
เคยทำ หลับยาก หงุดหงิด ปวดศีรษะ เวียน
ศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ ฯลฯ

- rape - trauma syndrome คือ กลุ่ม
อาการที่เกิดขึ้นภายหลังการถูกล่วงละเมิดทาง
เพศ จะมีอาการร้องไห้ฟูมฟาย สมาธิสั้น
อาบน้ำ/ชำระร่างกายบ่อยๆ กลัว/โกรธง่าย ฯลฯ

- relocation stress syndrome /risk
for relocation stress syndrome คือ กลุ่มอาการที่
เกิดขึ้นภายหลังการเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต ทำ
ให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง
ผู้ป่วยจะมีอาการแยกตัว ซึมเศร้า โกรธ รูปแบบ

การนอนเปลี่ยนไป นิสัยการรับประทานอาหาร
เปลี่ยนไป น้ำหนักตัวลด/เพิ่ม ฯลฯ ซึ่งกลุ่ม
อาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์ หรือเกี่ยวข้องกับ
ข้อวินิจฉัยอื่นๆ เช่น กลุ่มอาการ disuse
syndrome มีความเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวที่
ลดลง ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง เป็นต้น

การเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลกับ

กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิก

การเขียนวินิจัยทางการพยาบาล
เป็นการระบุข้อความที่ได้ผ่านการวิเคราะห์
สังเคราะห์ข้อมูลของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการ
ตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของ
บุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อตอบสนองต่อ
ปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาสเกิดขึ้น
โดยใช้เป็นพื้นฐานนำไปสู่การจัดกิจกรรมการ
พยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหา
สอดคล้องกับแนวคิดของ University of New
Castle (2009) ที่ได้เสนอขั้นตอนหลักของการ
ให้เหตุผลทางคลินิกไว้ 8 ขั้นตอน ซึ่งเป็นวงจร
ที่เคลื่อนที่ในทิศทางตามเข็มนาฬิกา แสดงถึง
ความต่อเนื่องของแต่ละขั้นตอนที่เชื่อมโยงกัน
ไป ไม่สามารถตัดออกจากกันได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้เหตุผลทางคลินิกเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง และพยาบาลมักจะรวบรวมขั้นตอนหนึ่งหรือสลับขั้นตอนของวงจรก่อนการตัดสินใจดำเนินการและประเมินผลลัพธ์ ดังนั้นจึงควรที่จะต้องทำความเข้าใจในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. การพิจารณาภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ (consider the patient situation) ได้แก่ การอธิบายหรือระบุข้อมูลของผู้รับบริการ

2. การรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ (collect cues/information) ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของผู้รับบริการ เช่น ประวัติการรักษาจากแฟ้มประวัติ เป็นต้น หรือการรวบรวมข้อมูลใหม่ที่ได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย รวมถึงการทบทวนความรู้เดิม

3. การวิเคราะห์ข้อมูล (process information) ได้แก่ การตีความเพื่อเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงกับภาวะปกติ แล้วนำมาจัดกลุ่ม แยกแยะข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องหรือสำคัญที่สุดพร้อมทั้งค้นหาปัญหาใหม่จากข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อนำไปสู่การจัดกิจกรรม โดยพิจารณาพร้อมกับทางเลือกอื่นๆ และผลที่ตามมา

4. การแยกแยะปัญหา (identify problem / issue) คือ การสังเคราะห์ข้อเท็จจริงและทำการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการ

5. การกำหนดเป้าหมาย (establish goals) คือ การอธิบายถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดหรือผลลัพธ์ที่ตามมานั่นเอง

6. การลงมือปฏิบัติ (take action) เป็นการเลือกแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ

7. การประเมินผล (evaluate) เป็นการประเมินประสิทธิผลของผลลัพธ์และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

8. การสะท้อนคิดของขั้นตอนเดิมและการเรียนรู้ใหม่ (reflect on process and new learning) เป็นการพิจารณาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากขั้นตอนเดิมและสิ่งที่ทำได้แตกต่างจากเดิมนำสู่องค์ความรู้ใหม่

ประสบการณ์การสอนการเขียนวินิจัยการพยาบาลโดยใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิก

การเขียนวินิจัยทางการพยาบาลที่ดีได้นั้นต้องได้รับการเรียนรู้ และฝึกฝน โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลแล้วถือเป็นเรื่องยากที่จะเขียนวินิจัยการพยาบาลได้ถูกต้อง เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์น้อย ดังนั้น ผู้เขียนจึงได้นำกระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกมาประยุกต์ใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (พย. 311203) ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เนื่องจากเป็น

การฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรกของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำเป็นต้องเรียนรู้ให้เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับการเขียนวินิจัยทางการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การจัดกิจกรรมการพยาบาลภายใต้เหตุผลที่ถูกต้องกับผู้รับบริการ โดยผู้เขียนได้ประยุกต์ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกตามแนวคิดของ University of New Castle (2009) ที่ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน แต่ผู้เขียนนำมาใช้เพียง 4 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 – 4 ในการสอนให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียนวินิจัยทางการพยาบาล ในสถานการณ์ผู้ป่วยหลอดลมอักเสบ (acute Bronchitis) ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อย ไอ มีไข้ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นออกซิเจนในกระแสเลือด (oxygen saturation) 95% ฟังปอดพบเสียงแทรก wheezing ตามขั้นตอนดังนี้

1. การพิจารณาภาวะสุขภาพของ

ผู้รับบริการ (consider the patient situation) ได้แก่ การ

อธิบายหรือระบุข้อมูลของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในการอธิบายถึงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง

ผู้สอน : ให้ผู้เรียนรายงานข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

ผู้เรียน : รายงานข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้
ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี การวินิจฉัย acute bronchitis

อาการสำคัญ : หายใจเหนื่อย 1 วันก่อนมารพ.

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 สัปดาห์ก่อนมารพ. ไอ ไม่ได้รับการรักษาที่ใด

1 วันก่อน มารพ. มีไข้ หายใจเหนื่อย จึงมารพ.

ประวัติการเจ็บในอดีต : HT DLP รักษาต่อเนื่อง

การรักษาที่ได้รับ : on heparin lock, on on 0.9% NSS 1000 ml IV rate 80 cc/hr, Berodual 1 NB q 6 hr

สภาพอาการปัจจุบัน : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยเล็กน้อย O₂ saturation 95% RR= 24 ครั้ง/นาที PR= 100 ครั้ง/นาที BP= 120/89 mmHg on O₂ canula 3 LPM

2. การรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ

(collect cues/information)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในการแสวงหาข้อมูลของผู้รับบริการทั้งจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย หรือจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจพิเศษต่างๆ

ผู้สอน : ให้ผู้เรียนร่วมกันรวบรวมข้อมูลเดิม และข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ผู้เรียน : ร่วมกันรวบรวมข้อมูลเดิม และค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากการตรวจร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้แก่ ข้อมูลจากการตรวจร่างกาย คือ ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีอาการหอบ RR = 20 ครั้ง/นาที PR = 94 ครั้ง/นาที BP = 116/78 mmHg on O₂ canula 3 LPM O₂ saturation 98 - 100% ฟังปอดพบเสียง wheezing ทั้งสองข้าง

ผู้สอน : กระตุ้นให้ผู้เรียนใช้ความรู้เดิมเชื่อมโยงกับข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้กระบวนการให้เหตุผลเชิงอุปมาอุปไมยในการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจมากขึ้น ได้แก่ เปรียบเทียบความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกายที่น้อยลงจากการระบาย (ventilation) ก๊าซออกซิเจนที่ไม่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อการลำเลียงไปยังเซลล์ต่างๆ ของร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องใช้พลังงานในร่างกายมากขึ้นในการสูดดมหายใจเร็วขึ้น ถี่ขึ้นเพื่อให้ร่างกายได้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจึงแสดงอาการให้เห็นโดยมีอาการหายใจเหนื่อย หายใจลำบาก หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหานี้ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีอันตรายถึงชีวิตได้ เปรียบเหมือนกับการเป่าลูกโป่งที่ใช้ท่อขนาดใหญ่กับท่อขนาดเล็กที่แคบ การไหลของลมเข้าไปภายในลูกโป่งย่อม

แตกต่างกัน ท่อขนาดใหญ่ย่อมมีการไหลได้สะดวกไม่ต้องใช้แรงในการเป่ามากเหมือนท่อขนาดเล็กที่ต้องใช้แรงมากในการที่จะทำให้ลูกโป่งขยายตัว นั่นเปรียบหลอดลมเป็นท่อที่ใช้เป่าลม และปอดเป็นลูกโป่ง ดังนั้น หากหลอดลมที่ตีบแคบ เปรียบเหมือนท่อเล็กที่แคบ ย่อมส่งผลให้ก๊าซออกซิเจนหรือลมที่ทำให้ปอดหรือลูกโป่งขยายตัวออกได้ไม่เพียงพอ จึงทำให้การยืดหยุ่นของปอดหรือลูกโป่งไม่ดีพอ ได้รับออกซิเจนหรือลมไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายก่อให้เกิดอันตรายจากภาวะพร่องออกซิเจนได้ ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องช่วยขยายหลอดลมด้วยการใช้ยาลดการหดเกร็งของหลอดลมส่งเสริมให้เกิดการผ่านของออกซิเจนเข้าปอดได้ดี และในผู้ป่วยรายนี้มีแผนการรักษาให้พ่น berodual 1 NB q 6 hr ซึ่งเป็นยาที่ช่วยขยายหลอดลมและลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม

ผู้เรียน : เชื่อมโยงความรู้เดิมในเรื่องการทำงานของระบบทางเดินหายใจประกอบด้วย 1) pulmonary ventilation หมายถึง การระบายหรือการเคลื่อนที่ของอากาศเข้าและออกระหว่างอากาศ ภายนอก ร่างกายและถุงลมปอด 2) การแพร่ (diffusion) ของ O₂ และ CO₂ ระหว่างถุงลมปอดและเลือด 3) การขนส่ง (transport) O₂ และ CO₂ ในกระแสเลือดไปยังเซลล์และออกจากเซลล์ และ 4) กลไกการควบคุมการทำงานของระบบ

หายใจทั้งหมด ที่มีความสัมพันธ์กับอาการ
หายใจเหนื่อยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. การวิเคราะห์ข้อมูล (process
information)

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมให้
ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์

ผู้สอน : ให้ผู้เรียนนำความรู้เดิม
มาประยุกต์ใช้ในการเปรียบเทียบข้อมูลที่ปกติ
และผิดปกติของผู้รับบริการ พร้อมจำแนก
ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องและไม่
เกี่ยวข้องออกจากกัน

ผู้เรียน : อธิบายอาการหายใจ
เหนื่อยของผู้ป่วยว่าน่าจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยมี
หลอดลมตีบแคบ เพราะเมื่อตรวจร่างกายฟัง
ปอดได้ยินเสียงวี๊ดเวลาที่ผู้ป่วยหายใจออก ตรง
กับทฤษฎีเสียง wheezing ที่เกิดจากลมหายใจ
ออกที่ผ่านทางเดินหายใจในช่องทรวงอก
(intrathoracic airway) ที่แคบลง ทำให้ลมที่ผ่าน
มีความเร็วสูงกว่าปกติ (turbulent flow) เกิดเป็น
เสียงวี๊ด เพราะปกติแล้วปอดของคนเราจะไม่มี
เสียงผิดปกติแทรกให้ได้ยิน

ผู้สอน : ให้ผู้เรียนรวบรวมข้อมูล
เพิ่มเติมที่จะทำให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ชัดเจนและสมบูรณ์

ผู้เรียน : รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมโดย
การสังเกตลักษณะการหายใจ การวัดความ
เข้มข้นออกซิเจนในกระแสเลือด (oxygen
saturation)

ผู้สอน : ให้ผู้เรียนเชื่อมโยง
ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่สำคัญโดยใช้คำถาม
“ปอดที่มีเสียงแทรก (wheezing) ส่งผลให้ผู้ป่วย
มีอาการหายใจหอบเหนื่อยได้อย่างไร”

ผู้เรียน : ตอบคำถามผู้สอนโดย
อธิบายถึงความสัมพันธ์ของข้อมูลว่า “เสียง
wheezing ที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากหลอดลมมีการตีบ
แคบ จึงส่งผลให้มีการระบายของอากาศเข้าและ
ออกภายนอกร่างกายไม่ดี ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน
ไม่พอ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย

4. การแยกแยะปัญหา (identify
problem / issue)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เรียน
สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปสู่การวินิจฉัย
ปัญหาที่สอดคล้องกับผู้รับบริการได้อย่าง
ถูกต้องภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด

ผู้สอน : กระตุ้นให้ผู้เรียนนำข้อมูล
ที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์และวินิจฉัย
ปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการให้
เหตุผลแบบนิรนัย และเชิงอธิบายมาสรุปเป็น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผู้เรียน : ตอบคำถามผู้สอนเกี่ยวกับ
ข้อวินิจฉัยที่กำหนดขึ้นจากการรวบรวมข้อมูล
ทั้งหมดและการเชื่อมโยงกับความรู้เดิมโดยให้
เหตุผลแบบนิรนัยและเชิงอธิบาย คือ “ผู้ป่วย
อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการมี
การระบายของอากาศลดลง” เพราะจากการเรียน
ทฤษฎีการทำงานของระบบทางเดินหายใจจะ

เกี่ยวข้องกับการระบายอากาศเข้าและออก ระหว่างอากาศภายนอกร่างกายและถุงลมปอด ดังนั้นหากมีการระบายของอากาศที่ลดลงก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายได้ ซึ่งการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลข้อนี้พิจารณาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งข้อมูลอัตนัยและปรนัย ได้แก่ ข้อมูลปรนัย คือ ผู้ป่วยบอกว่า “หายใจเหนื่อย” ข้อมูลอัตนัย คือ ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ฟังปอดพบเสียงแทรก wheezing Oxygen saturation 95% หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีอาการหอบ ไม่ใช้กลัมน้ำห้องช่วยในการหายใจ

ข้อเสนอแนะในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิก

จากประสบการณ์การสอนการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกการ มีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้เรียนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยน้อย ขาดการตรวจร่างกายที่ครบถ้วนในแต่ละระบบ และที่สำคัญผู้เรียนยังไม่สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้เดิมกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ในการระบุวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ข้อเสนอแนะ คือ ผู้เรียนควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยโดยการทบทวนความรู้

การตรวจร่างกาย และใช้กระบวนการที่สอนเนื่อง ในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติ

2. การประยุกต์ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกขณะผู้เรียนขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิดการให้เหตุผล ตามสถานการณ์จริงที่พบ นอกจากนี้การที่ผู้เรียนสามารถประเมินสภาพอาการปัจจุบันของผู้ป่วยได้อย่างละเอียด ช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้เรียนในการประมวลข้อมูล เพื่อนำมาเปรียบเทียบข้อมูลที่ปกติและผิดปกติ จำแนกความสัมพันธ์ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องออกจากกัน หรือต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลชัดเจนและสมบูรณ์มากขึ้นจากการกระตุ้นด้วยคำถามจากผู้สอน

3. การใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิด ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการใฝ่เรียนรู้ ดังที่ผู้เรียนสะท้อนคิดว่า “หนูดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีปัญหาหายใจเหนื่อยจากหลอดเลือดตีบ แต่หนูไม่ได้ฟังปอด อาจารย์ถามว่าทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยหลอดเลือดตีบ มันทำให้หนูรู้ว่าหนูตรวจร่างกายผู้ป่วยไม่ละเอียด หนูต้องไปปรับปรุงเรื่องการตรวจร่างกายให้ดีขึ้นค่ะ”

ดังนั้น จากการนำกระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกมาใช้ในคลินิกช่วยให้ผู้เรียนได้ใช้ความรู้ในภาคทฤษฎีมาเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่พบ และเกิดการพัฒนาทักษะทาง

ปัญญา ทักษะทางการปฏิบัติการพยาบาล
เนื่องจากกระหว่างเรียนด้วยกระบวนการนี้
ผู้เรียนต้องใช้ความรู้ที่มีอยู่ทั้งหมดทั้งความรู้
เดิม และความรู้ใหม่ที่ค้นหาเพิ่มเติม มา
ประยุกต์ใช้เชื่อมโยงและวิเคราะห์ เพื่อช่วยใน
การระบุวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้องกับ
ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

บทสรุป

การปฏิบัติการพยาบาลหากมีความ
ชำนาญในด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล
เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้พยาบาลดูแล
ผู้รับบริการได้ถูกต้องและครอบคลุม ดังนั้น
พยาบาลควรต้องมีทักษะของการตัดสินใจ การ
คิดอย่างมีระบบมีวิจารณญาณ และการใช้
เหตุผลที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต้องมีควบคู่
กันไปกับพยาบาล ทั้งนี้เพราะเมื่อพยาบาลต้อง
เผชิญกับปัญหาทางคลินิกต้องสามารถรวบรวม

ข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวกับผู้รับบริการ แล้วนำมา
วิเคราะห์เป็นวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลให้
ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมในการ
แก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ในเวลา
ที่ถูกต้อง ดังนั้น กระบวนการให้เหตุผลทาง
คลินิกจึงเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่อาจารย์
พยาบาลต้องตระหนักและให้ความสำคัญใน
การประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษา
พยาบาล เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่ยัง
ขาดประสบการณ์ ขาดทักษะในการประยุกต์ใช้
องค์ความรู้ในทางทฤษฎีกับสถานการณ์ที่พบ
ในหอผู้ป่วย หากนักศึกษาพยาบาลได้รับการ
ฝึกฝนอย่างต่อเนื่องจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียน
เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความ
พร้อมสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่คุณภาพ
ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

นิสากร วินูลชัย และกานต์วี โบราณมูล.
(2557). ปัญหาและอุปสรรคในการ
วินิจฉัยการพยาบาลของนักศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
กรุงเทพฯ, 30(3),26-34.
มยุรี ยี่ปาโล๊ะ และคณะ. (2560). ผลของการ
สอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อ
ความสามารถในการคิดอย่างมี

วิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา.
วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข
และการศึกษา. 18(3),128-134.
วิชัย เสวกงาม. (2557). ความสามารถในการให้
เหตุผล ความสามารถที่จำเป็นสำหรับ
ผู้เรียนในศตวรรษที่ 21. วารสารครู
ศาสตร์, 42(2), 207-223.
สมจิตต์ ลินธชัย, พัทธนิยา เชียงตา และณัฐฉา
บุญสนธิ. (2561). การให้เหตุผลทาง

- คลินิก : แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 28(2), 27-40.
- Aquilino, M. L. (1997). Cognitive development, clinical knowledge, and clinical experience related to diagnostic ability. *Nursing Diagnosis*, 8(3), 110-119.
- Betty, A. J., & Gail, L. B. (2006). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care (7th ed.)*. St.Louis: Mosby, Elsevier.
- Carpenito, L.J.(2008). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. (12 th ed.). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2010). *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. (13 th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y., Noble, D., Norton, C. A., . . . Hickey, N. (2010). *The 'five rights' of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients*. *Nurse Education Today*, 30(6), 515-520.
- NANDA International. (2017). *Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2015-2017*. (3 th ed.) Oxford: Wiley Blackwell.
- Seaback, Wanda. (2006) . *Nursing process: Concepts & application*. 2 nd. ed. Canada : Thompson Delmar Learning.
- Simmon, B. (2010). *Clinical reasoning: Concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing*. 66(5), 1151-8. doi: 10.1111/j.13652648.2010.05262.x. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20337790/>. (online 20/3/64)
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-11. doi: 10.3928/01484834-20060601-04. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16780008/>. (online 20/3/64).

ผลของไซโคนิวโรบิกส์ในการลดอาการปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

กรพินธุ์ ปานวิเชียร พ.ย.บ., วทม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของไซโคนิวโรบิกส์ในการลดอาการปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีอาการปวดเฉียบพลันขณะมารับบริการ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ คู่มือแนวปฏิบัติประยุกต์ตามรูปแบบสมาธิรักษาโรควิธีไซโคนิวโรบิกส์ (Psycho Neurobics: PN) ในการลดอาการปวด แบบทดสอบสภาวะจิตใจ แบบสอบถาม และแบบประเมินความปวด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าความเชื่อมั่น IOC เท่ากับ 0.91 และ 0.92 ตามลำดับ ใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดก่อนและหลังทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าการใช้สมาธิรักษาโรควิธีไซโคนิวโรบิกส์ มีผลทำให้ระดับความปวดก่อนและหลังทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.001$), หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.002$) ก่อนและหลังทดลอง 1 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.001$) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างหลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 วัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.002$) โดยพบว่าระดับความปวดก่อนทดลองมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 7.55 คะแนน มีระดับปวดรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 85.0 หลังทดลองทันที มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 4.15 คะแนน มีระดับปวดมาก ร้อยละ 85.0 รองลงมา ระดับปวดปานกลาง ร้อยละ 10.0 และไม่ปวด ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ หลังทดลอง 1 วัน มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.75 คะแนน ระดับปวดปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมา ระดับปวดมาก ร้อยละ 40.0 และไม่ปวด ร้อยละ 10.0

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ไซโคนิวโรบิกส์ มีผลทำให้ระดับความปวดเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ลดลง ลดการใช้ยาแก้ปวด เป็นวิธีที่มีความปลอดภัยประหยัดคุ้มค่า และมีประสิทธิผล

คำสำคัญ : ไซโคนิวโรบิกส์, ลดอาการปวด, ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

E-mail: korapinphan@hotmail.com

Effects of Psycho Neurobics for Instant Acute Pain Relief with Rheumatoid Arthritis Patients

Chaopraya Yommarat Hospital Suphan Buri province

Korapin phanwichian B.N.S., M.Sc.

ABSTRACT

This quasi-experimental research aims to study the effects of Psycho Neurobics (PN) for instant acute pain relief with Rheumatoid Arthritis patients. Method: Pretest-posttest one group design. Sample group was 20 patients with acute pain Rheumatoid Arthritis. The tools used were the guidelines for meditation, psychotherapy for pain reduction, mental status test, questionnaire and pain assessment. The content validity was checked by 3 experts with IOC's 0.91 and 0.92, respectively. Statistic used were percentage, mean, standard deviation and paired t-test were used to compare the level of pain, from the questionnaire before and after experiments.

Results: Using meditation of PN resulted in pain levels before and after experiment immediately, the difference was statistically significant at 0.01 level ($p < 0.001$). after experiment immediately and 1 day after the experiment, the difference was statistically significant at 0.05 level ($p = 0.002$). Found that the pain level before the experiment had an average pain score of 7.55 and pain level was the most severe at 85.0%. after experiment immediately average pain score=4.15, pain level 85.0%, moderate pain level of 10.0% respectively.

The results of the research show that PN results, the reduction of acute pain levels in Rheumatoid Arthritis patients, reducing the use of pain medication, as a safe, cost-effective tool and productive.

Keyword : Psycho Neurobics, Instant Acute Pain Relief, Rheumatoid Arthritis

บทนำ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) เป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกประมาณ 0.5-1% (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2559) มีการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ ได้ทั่วร่างกายแต่มีอาการเด่นที่ข้อต่อต่าง ๆ ได้เกือบทุกข้อ ลักษณะของการอักเสบมักเป็นมาสลับน้อย แต่มักไม่มีช่วงที่ปลอดอาการผู้ป่วยส่วนใหญ่แม้จะได้รับการรักษาอาการดีขึ้น แต่ไม่หายขาด ต้องรับประทานยาควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยบางรายโรคสงบจนอาการเหมือนปกติบางรายปลอดอาการแต่มีการดำเนินโรคต่อไปจนเกิดการทำลายข้อในที่สุดบางรายโรครุนแรงมีอาการข้อปวดบวมตลอดรวมทั้งอาจเกิดการทำลายข้ออย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังเกิดอาการได้นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาและมีผลกระทบต่อสาธารณสุขระดับชาติ ทั้งด้านความรุนแรงของโรค ความเรื้อรังที่นำไปสู่ความพิการ และคุณภาพหากการรักษาไม่ถูกต้องการอักเสบของข้อทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย (ปารวี, 2561)

อาการปวดจากพยาธิสภาพของโรคมีผลกระทบต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะจิตใจ อารมณ์ ระบบพลังงานในร่างกาย ที่สำคัญมีผลต่อคุณภาพชีวิต จากการที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบด้านการจัดการความ

ปวดสำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คลินิกโรคข้อ และในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ได้เล็งเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาที่วิกฤติของผู้ป่วย ต้องแสดงการปฏิบัติบทบาท ความสามารถ ตามมาตรฐานวิชาชีพด้านการพยาบาล เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยซึ่งพบปัญหาจากการทำงานประจำในคลินิก คือผู้ป่วยโรคข้อมีความทุกข์จากความเจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นและจากหัตถการที่ได้รับ รวมไปถึงญาติและผู้ดูแลก็เกิดความทุกข์จากการที่เห็นผู้ป่วยเจ็บปวด (ดำรงพันธ์, 2556) ประกอบกับยังไม่มีแนวทางการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมมาผสมผสานใช้ในคลินิกและหน่วยงานอื่น ดังนั้นจึงได้ร่วมกันทบทวนกระบวนการดูแลรักษา ด้านความปวด หาวิธีการพัฒนาต่อยอดคู่มือแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการความปวดและวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาขึ้นโดยมุ่งเน้น ด้านจริยธรรม มนุษยธรรม ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้ด้วยตนเองในเบื้องต้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

งานวิจัยนี้ได้นำแนวปฏิบัติประยุกต์ตามรูปแบบสมาธิรักษาโรควิธีไฮโคโนโรบิคส์ เป็นศาสตร์ของราชาโยคะ เป็นนวัตกรรมทางจิตวิญญาณ เป็นศาสตร์แห่งการบำบัดจิตใจและอารมณ์ เมื่อฝึกฝนอย่างต่อเนื่องด้วยการตั้งศักยภาพภายในของตนเองมาใช้บำบัดตัวเอง

จะเกิดพลังงานทางจิตที่แข็งแกร่ง เกิดกระแสคลื่นพลัง ช่วยเปิดประตูแห่งชีวิตให้รู้จัก "หมอในกายในจิต" ของตนเอง ส่งผลทำให้เกิดความสุข ช่วยเยียวยาร่างกายและจิตใจ อารมณ์สามารถทำให้ก้าวพ้นการรักษาด้วยยา ไม่เพียงเพื่อมีสุขภาพดี แต่ถึงขั้นเพื่อชีวิตเป็นสุขได้อีกด้วย (Shekhar C. ผู้แปล ขนิษฐา, 2558). ด้วยความสำคัญของปัญหาและเห็นประโยชน์งานวิจัยนี้จึงเป็นส่วนสำคัญของการกิจด้านการพยาบาล นอกจากเป็นทางเลือกในการบำบัดตนเองให้กับผู้ป่วยแล้ว การนำผลการวิจัยทางการแพทย์ไปใช้ในคลินิกหรือการบูรณาการความรู้จากการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลความรู้ที่ได้สามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดทั่วโลก ดังนั้นการถ่ายทอดผลงานวิจัยลงสู่การปฏิบัติให้กับบุคลากรด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญความเข้าใจสภาวะของผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการจัดการเพื่อนำไปวางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปวดและมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เพิ่มคุณภาพชีวิตแล้ว ยังรวมถึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขทางจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของไซโคนิวโรบิกส์ในการลดอาการปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 วัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัด 2 ครั้ง วัดก่อนและหลังการทดลองศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2560

กรอบแนวคิดงานวิจัย

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

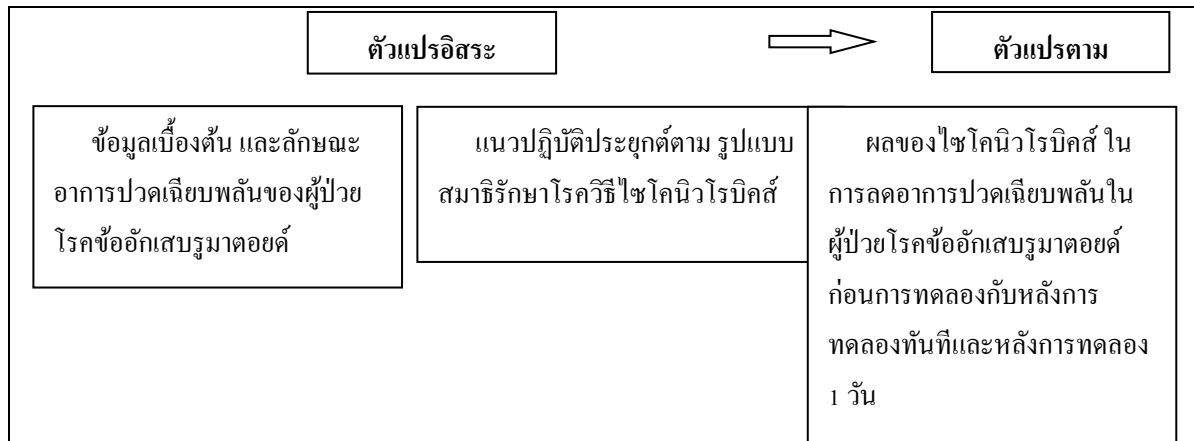
1. ข้อมูลเบื้องต้นและลักษณะ

อาการปวดเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ระดับการปวด ความสุข การใช้ยาและไม่ใช้ยาแก้ปวด ประสิทธิภาพ และความพึงพอใจ

2. แนวปฏิบัติประยุกต์ตาม

รูปแบบสมาธิรักษาโรควิธี Psycho Neurobics คือการดึงพลังธรรมชาติเข้าสู่ระบบประสาทนำมาใช้เพื่อลดอาการปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ตัวแปรตาม คือผลของไซโคนิวโรบิกส์ ในการลดอาการปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 วัน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มารักษาที่คลินิกพิเศษโรคข้อโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในช่วงก่อนทดลองเดือนตุลาคม 2559-มกราคม 2560 ทั้งหมดมีจำนวน 253 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือเป็นผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ที่มารักษาที่คลินิกโรคข้อโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรในวันนั้นและมีอาการปวดเฉียบพลันและกำลังปวดขณะนั้นรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ขนาดตัวอย่าง (sample size) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้ T-Test (นิพจน์พหุคูณและคณะ, 2560) จำนวน 20 คน เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ในขณะทำการทดลองไม่สามารถอยู่ได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนดและมีภาวะรู้สึกตัวเปลี่ยนไป

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือทดสอบระดับอารมณ์สภาวะจิตใจ (Invisible Doctor Happiness Machine-stethoscope) IOC = 0.91 จำนวน 4 ข้อ เพื่อทดสอบระดับอารมณ์ สภาวะจิตใจของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เพื่อศึกษาผลของไซโคนิวโรบิกส์ ในการลดอาการปวดเฉียบพลัน ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้ 1=ไม่มี 2=เล็กน้อย 3=ค่อนข้างมาก 4=มาก 5=มากที่สุด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและลักษณะอาการปวดเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ แบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 28 ข้อ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการปวดโดยใช้ตัวเลข (Numeric pain Scale) 3) วิธีการจัดการอาการปวด และ 4) ระดับความพึงพอใจการ

ตอบมี 3 ระดับ คือ 1=พอใจเล็กน้อย 2= ปานกลาง 3=มาก

ชุดที่ 3 แนวปฏิบัติประยุกต์ตามสมาธิรักษาโรควิธีไซโคนิวโรบิกส์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์หญิงวิไลพร สกุลพิพัฒนศิลป์ ดร. กาญจนานันท์ ทองเมืองชัยเทพ และนายธานีพร สุธิประเสริฐ

2. ผลการทดสอบเครื่องมือทดสอบระดับอารมณ์ สภาวะจิตใจ IOC = 0.91 แบบประเมินอาการปวดโดยใช้ตัวเลข (Numeric pain Scale) IOC = 0.92 แนวปฏิบัติประยุกต์ตามสมาธิบำบัดวิธีไซโคนิวโรบิกส์ IOC = 0.91 และแบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการอาการปวดที่ได้รับ IOC = 0.93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจาก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เลขที่ 035 และดำเนินการวิจัยภายใต้จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยเคร่งครัด

ขั้นตอนดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ข้อมูล

ทั่วไป และลักษณะอาการปวด ระดับความปวด วิธีการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น ก่อนการทดลอง เริ่มต้นผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยและเมื่อผู้ป่วยและญาติ (ถ้ามีขณะนั้น) ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมงานวิจัย ด้วยความสมัครใจจึงเข้าสู่กระบวนการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อได้ตามเกณฑ์การคัดเลือก ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอม ในเอกสาร และแจ้งแพทย์ผู้ทำการรักษาให้ทราบ เก็บข้อมูลและถ่ายภาพ (กลุ่มตัวอย่างยินยอม)

2. การใช้แนวปฏิบัติประยุกต์ตาม

รูปแบบสมาธิรักษาโรควิธีไซโคนิวโรบิกส์ วิจัยดำเนินการโดย ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอธิบายสาธิตและนำเข้าสู่การทดลองโดยใช้รูปแบบ Psycho Neurobics

- เริ่มให้ผู้ป่วยทำ Peaceful Psycho

Neurobics ใช้พลังแห่งความสงบ

- ให้ผู้ป่วยทำ Empowering psycho

neurobics ใช้พลังแห่งความแข็งแกร่งของกระดูก กล้ามเนื้อและเส้นเอ็น โรคกระดูก ข้อ

รวมถึงความเข้มแข็งของจิตใจ เรียกว่าเป็นพลังใจ (Will power) ที่มุ่งมั่นจะทำสิ่งที่มุ่งหวังตั้งใจ

ไว้ให้สำเร็จ ทั้งความตั้งใจที่จะหายจากการเจ็บป่วย

3. การทดสอบผลการทดลอง ก่อน-หลัง การทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 วัน (ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บข้อมูล และติดตามเยี่ยม)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 90.0 ศาสนาพุทธทุกคน มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.0 ใช้สิทธิ์ในการรักษาพยาบาลบัตรทอง ร้อยละ 75.0 โรคประจำตัวข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด ร้อยละ 75.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	18	90.0
ชาย	2	10.0
ศาสนา		
พุทธ	20	100.0
อายุ		
ต่ำกว่า 49 ปี	3	15.0
50 - 59 ปี	5	25.0
60 ปีขึ้นไป	12	60.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	13	65.0
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า	3	15.0
ปวช./ปวส.หรือ อนุปริญญา	2	10.0
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	2	10.0
อาชีพ		
รับราชการ	1	5.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	14	70.0
ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป	5	25.0
สิทธิ์การรักษา		
ข้าราชการจ่ายตรง	1	5.0
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	15	75.0
ชำระเงินเอง/รัฐวิสาหกิจ	2	10.0
ประกันสังคม	2	10.0
โรคประจำตัว (ตามการวินิจฉัยของแพทย์)		
ข้อเข่าเสื่อม	15	75.0
เบาหวาน	1	5.0
ความดันโลหิตสูง	2	10.0
หัวใจ/ไขมันในเส้นเลือด	1	5.0
อ้วน	1	5.0

การใช้วิธีใช้โคนิวโรบิคส์ มีผลทำให้ระดับความปวดก่อนทดลองกับหลังทดลองทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.000$ หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.002$ ก่อนและหลังทดลอง 1 วัน แตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.000$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความปวด ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 วัน (n=20)

	จำนวน (คน)	M	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง กับหลังทดลองทันที						
ก่อนทดลอง	20	7.55	1.538	7.768	19	0.000
หลังทดลองทันที	20	4.15	2.059			
หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 วัน						
หลังทดลองทันที	20	4.15		3.687	19	0.002
			2.059			
หลังทดลอง 1 วัน	20	2.75	1.618			
ก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 วัน						
ก่อนทดลอง	20	7.55	1.538	9.211	19	0.000
หลังทดลอง 1 วัน	20	2.75	1.618			

ระดับความปวดก่อนทดลองมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 7.55 คะแนน มีระดับปวดรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 85.0 หลังทดลองทันทีมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 4.15 คะแนน มีระดับปวดมาก ร้อยละ 85.0 รองลงมา ระดับปวดปานกลาง ร้อยละ 10.0 และไม่ปวด ร้อยละ 5.0

ตามลำดับ หลังทดลอง 1 วัน มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.75 คะแนน ระดับปวดปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมา ระดับปวดมาก ร้อยละ 40.0 และไม่ปวด ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความปวด ก่อนทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 วัน (n=20)

ระดับความปวด	ก่อนทดลอง		หลังทดลองทันที		หลังทดลอง 1 วัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ปวด	0	0.0	1	5.0	2	10.0
ปวดปานกลาง	0	0.0	2	10.0	10	50.0
ปวดมาก	3	15.0	17	85.0	8	40.0
ปวดรุนแรง	17	85.0	0	0.0	0	0.0
$\bar{x}$	7.55		4.15		2.75	
SD	1.538		2.059		1.618	

ผลการใช้แนวปฏิบัติวิธีไฮโคนิวโรบิกส์ จำแนกตามประสบการณ์ระหว่างทำ Peaceful Neurobics ด้วยโยคะมุทราพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ที่หลากหลาย มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจร้อยละ 100 ร่างกายเป็นสีฟ้าตลอด มากที่สุดร้อยละ

30 ด้านจิตใจรู้สึกสงบนิ่ง มากที่สุดร้อยละ 70 เบาลบายนโง่ดิมามากสุดร้อยละ 60 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการใช้แนวปฏิบัติวิธีไฮโคนิวโรบิกส์ ประสพการณ์ระหว่างทำ Peaceful Neurobics ด้วย
โยคะมูทรา (วายุมูทรา) (n=20)

ประสพการณ์	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
ไม่เปลี่ยนแปลง	0	0.0
เปลี่ยนแปลง	20	100.0
ร่างกายเป็นสีฟ้า(ตอบได้มากกว่า1 ตัวเลือก)		
ร่างกายเป็นสีฟ้าตลอด	6	30.0
สีฟ้าเข้าซัดตลอด	5	25.0
สีฟ้าไหลเข้าบางช่วงกลางๆ	4	20.0
เห็นสีดำออก	4	20.0
สีฟ้าไหลเข้าบางช่วงซัด	3	15.0
ไม่เห็นสีฟ้า	2	10.0
เห็นสีฟ้าแวบๆ	2	10.0
อื่นๆ		
ผ่อนคลาย	20	100.0
หายใจสบาย	2	10.0
เบาๆ	1	5.0
ปวดไปปลายนิ้วเห็นสีดำไหลออกเป็นเส้น	1	5.0
เห็นดาวเล็กๆ เห็นสีดำพุ่งออกไปตาม	1	5.0
เห็นสีฟ้าจากท้องฟ้า	1	5.0
ด้านจิตใจไม่เปลี่ยนแปลง	0	0.0
เปลี่ยนแปลง	20	100.0
สงบนิ่ง	14	70.0
เบาสบาย	12	60.0
ดี	3	15.0

ผลการใช้แนวปฏิบัติวิธีไซโคนิวโรบิกส์
 จำแนกตามประสบการณ์ระหว่างทำ
 Empowering Neurobics ด้วยโยคะมุทรา (มหาวิ
 ระมุทรา) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์

หลากหลาย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย
 ร้อยละ 100 และด้านจิตใจ เปลี่ยนแปลง ร้อยละ
 90 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการใช้แนวปฏิบัติวิธีไซโคนิวโรบิกส์ ประสบการณ์ระหว่างทำ Empowering Neurobics
 ด้วยโยคะมุทรา(ธาตุลม) (มหาวิระมุทรา) (n=20)

ประสบการณ์	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
ไม่เปลี่ยนแปลง	0	0.0
เปลี่ยนแปลง	20	100.0
ร่างกายเป็นสีแดง(ตอบได้มากกว่า1 ตัวเลือก)		
ไม่เห็น	7	35.0
สีแดงเข้าซัดตลอด	6	30.0
บางช่วง	3	15.0
เห็นแฉะๆ	2	10.0
ซัดทั้งตัว	1	5.0
แข็งแรง	1	5.0
อื่นๆ		
ขยับข้อคล่องขึ้น	2	10.0
ข้อจากร้อนเป็นอุ่น	2	10.0
ที่อื่นๆ โล่ง	2	10.0
ตัวคลายความร้อน	1	5.0
ทั้งแขนรู้สึกสบาย	1	5.0
มีแรงขึ้น	1	5.0
ตัวเบาขึ้น	1	5.0
เกร็งน้อยลง/ความร้อนออก	1	5.0
เจ็บข้อน้อยลง	1	5.0

ประสบการณ์	จำนวน	ร้อยละ
ข้อจากร้อนเป็นเย็น	1	5.0
ด้านจิตใจ		
ไม่เปลี่ยนแปลง	2	10.0
เปลี่ยนแปลง	18	90.0
ปลดปล่อย	15	75.0
สบาย	3	15.0

เปรียบเทียบระดับสภาวะจิตใจก่อนทดลองและหลังการทดลองทันที พบว่า หลังการทดลอง ความสุขเพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 50 และมีความหุดหู่ใจลดลง จากร้อยละ 85.0 เป็นร้อยละ 15.0 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับสภาวะจิตใจก่อนทดลองและหลังการทดลองทันที (n=20)

ระดับสภาวะจิตใจ (เต็ม 100 คะแนน)	ก่อนทดลอง		หลังทดลองทันที	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความสุขมาก (1-20)	0	0.0	2	10.0
มีความสุข (21-50)	0	0.0	10	50.0
มีความเครียด (51-75)	3	15.0	5	25.0
ความหุดหู่ใจ (76-100)	17	85.0	3	15.0

ก่อนทดลองจัดการความปวดโดยใช้ยา โดยไม่ใช้ยา ร้อยละ 65.0 และใช้น้อยลง ร้อยละ 75.0 ไม่ใช้ยา ร้อยละ 5.0 หลังทดลอง 71.4 เท่ากัน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการจัดการความปวด (n= 20)

วิธีการใช้ยา	ก่อนทดลอง		หลังทดลองทันที		หลังทดลอง 1 วัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้ยา	5	25.0	13	65.0	13	65.0
ใช้ยา	15	75.0	7	35.0	7	35.0
มากขึ้น	0	0	0	0	0	0
น้อยลง	0	0	5	71.4	5	71.4
เท่าเดิม	15	100.0	2	28.6	2	28.6

โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับ ในระดับดี ร้อยละ 80.0

สามารถเลือกวิธีลดความปวดได้ด้วยตนเองในระดับดีมาก ร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับ (n=20)

ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด	ปานกลาง		ดี		ดีมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สามารถทำได้รวดเร็วเมื่อมีอาการปวด	7	35.0	10	50.0	3	15.0
ทำง่าย	7	35.0	10	50.0	3	15.0
สามารถเลือกวิธีลดความปวดได้ด้วยตนเอง	0	0.0	0	0.0	20	100.0
โดยภาพรวม	0	0.0	16	80.0	4	20.0

อภิปรายผลการวิจัย/วิจารณ์

จากการที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบด้านการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คลินิกโรคข้อ และในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ได้สังเกตเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาที่วิกฤติของผู้ป่วย

ทั้งนี้ ต้อง แสดง การ ปฏิบัติ บทบาทความสามารถ ตามมาตรฐานวิชาชีพด้านการพยาบาล เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งพบปัญหาจากการทำงานประจำในคลินิก คือ ผู้ป่วยโรคข้อมีความทุกข์จากความเจ็บปวดจากพยาธิ

สภาพของโรคที่เป็นและจากเหตุการณ์ที่ได้รับรวมไปถึงญาติและผู้ดูแลก็เกิดความทุกข์จากการที่เห็นผู้ป่วยเจ็บปวด (ดำรงพันธ์, 2556) ประกอบกับยังไม่มีแนวทางการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมมาผสมผสานใช้ในคลินิกและหน่วยงานอื่น ดังนั้นจึงได้ร่วมกันทบทวนกระบวนการดูแลรักษา ด้านความปวด หาวิธีการพัฒนาต่อยอดคู่มือแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการความปวดและวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาขึ้นโดยมุ่งเน้น ด้านจริยธรรม มนุษยธรรม ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้ด้วยตนเองในเบื้องต้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การใช้แนวปฏิบัติสมาธิรักษาโรควิธีไฮโคนิวโรบิกส์ ในการดึงพลังธรรมชาติเข้าสู่ระบบประสาทเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นกลไกการบำบัดรักษาและช่วยในการดำรงชีวิตให้เป็นสุขทั้งกาย ใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นแพทย์ทางเลือกนอกเหนือจากการใช้ยาอย่างเดียว

ผลการวิจัยที่พบว่า การใช้แนวปฏิบัติสมาธิรักษาโรควิธีไฮโคนิวโรบิกส์ มีผลทำให้ระดับความปวดก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ก่อน-หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 วัน โดยพบว่า

ระดับความปวดก่อนทดลองมีคะแนนความปวดเฉลี่ยสูงกว่าหลังการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริญา และชนกพร (2558) ที่ศึกษาพบว่าประสิทธิผลของการทดลองแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง และประโยชน์ของไฮโคนิวโรบิกส์ ช่วยแก้ไขโรคปวดข้อ ข้ออักเสบ เป็นการดึงศักยภาพภายในของผู้ป่วยมาใช้บำบัดตัวเอง จะเกิดพลังงานทางจิตที่แข็งแกร่ง เกิดกระแสคลื่นพลังแม่เหล็กไฟฟ้าไปกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนเกิดการจับตัวใหม่ของโมเลกุลของกล้ามเนื้อส่งผลทำให้เกิดความสุข ช่วยเยียวยาร่างกายและจิตใจ อารมณ์ ทำให้ลดอาการทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ให้กลับมาสู่สภาวะที่ไม่เจ็บป่วย และเกิดจากเมื่อจิตใจผ่อนคลาย ร่างอารมณ์จะมีพลังมากขึ้น ทำให้ร่างกาย (ร่างกาย) มีพลังมากขึ้นด้วย มีผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติกระตุ้นต่อมไร้ท่อให้หลั่งฮอร์โมนความสุขออกมา

ผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์จากการทำไฮโคนิวโรบิกส์ มีการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายต่างกันทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ Peaceful Neurobic ด้านจิตใจรู้สึก สงบนิ่ง เบาสบาย โล่งดีตามลำดับ สอดคล้องกับ Peaceful Neurobic เป็นพลังแห่งความสงบที่อยู่ภายในจิตใจ และร่างกายเป็นไฟฟ้า ส่วน Empowering Neurobics ด้านจิตใจรู้สึก ปลดปล่อย สบาย ขยับข้อต่อขึ้น ข้อจากร้อน

เป็นอ่อน ร่างกายเป็นสีแดงเข้าซัดตลอด สอดคล้องกับ Empowering Neurobic ซึ่งเป็นพลังแห่งความแข็งแรง บำบัดและป้องกันโรคกระดูก ไชข้อ ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อบุคคลฝึกสร้างกระแสจิตทางบวก ร่างกายจะสามารถดึงพลังมหัศจรรย์จากธรรมชาติเข้าสู่ระบบประสาทไปกระตุ้นต่อมไร้ท่อให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนและเอนไซม์ไปกระตุ้นอะดรีนัล โมเลกุลสารพันธุกรรม (DNA: Deoxyribonucleic Acid) โครโมโซมในร่างกายให้เกิดความสมดุลและทำงานตามปกติเรียกว่าเกิดการเยียวยารักษาตัวเอง (self healing) เพิ่มภูมิคุ้มกันเพิ่มเติมเคมีลดการอักเสบหรือการเสื่อมของเซลล์ซึ่งเป็นสาเหตุของความแก่สามารถป้องกันและยารักษาโรค (อิทธิกร, 2557) พบว่า หลังทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้น และความห่อหุ้มลดลง ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาแก้ปวดโดยรวมมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับระดับดี ซึ่งวิธีการฝึกสงบจิตเพื่อสร้างพลังงานบวก (positive energy) ในขณะที่ร่างกายปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คลื่นพลังงานบวกจะเกิดเป็นกระแสคลื่นพลังงานสมดุลเกิดความสงบสุข ความพอใจและความปิติสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Tiwari (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับการปวดโดยใช้วิธีการรักษาแบบ ไชโคนิวโรบิกส์ พบว่า ไชโคนิวโรบิกส์คือพลังงานทางจิตวิญญาณ ทำให้เกิดกระแสคลื่นพลังงานที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ช่วยเยียวยาร่างกายและจิต ด้วยการดึงศักยภาพ

ภายในของผู้ป่วยมาใช้บำบัดตัวเอง ทำให้ลดอาการทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ ให้กลับมาสู่สภาวะที่ไม่เจ็บป่วย หรือช่วยให้สามารถรักษาชีวิตแบบ “ไชโคนิวโรบิกส์” เป็นนวัตกรรมทางจิตวิญญาณ คือศาสตร์ที่ทำให้เกิดความสุขและการมีสุขภาพที่แข็งแรง รวมทั้งเป็นศาสตร์แห่งการบำบัดจิตและอารมณ์ อีกด้วย จากคำกล่าวที่ว่า “หมอที่ดีที่สุด คือตัวเราเอง” เพราะชีวิตมี “กาย” และ “ใจ” กายและใจถูกเชื่อมโยงด้วยจิตวิญญาณ เพื่อให้กายและใจทำงานสอดคล้องกันอย่างเหมาะสมดีที่สุด เกิดเป็นพลังกายและพลังใจ นั่นคือ “ชีวิตที่เป็นปกติสุข” และสอดคล้องกับรสสุคนธ์ (2560) ที่ว่าพลังงานของร่างกายจำนวน 600,000,000 เซลล์ มีพลังธาตุ 108 นั้น ร่างกายจะมีรัศมีของพลังงานเป็นของตัวเองผ่านการฝึกฝนสมาธิ พลังเหล่านี้สามารถปลดปล่อยความหงุดหงิดหรือความเจ็บปวดในร่างกายได้ทั้งหมด เนื่องจากองค์ประกอบจะถูกปรับให้เหลืออยู่เหนือส่วนเกินเพื่อให้เป็น ในการปรับจนกว่าองค์ประกอบระดับที่เหมาะสม ดังนั้นกว่าความเจ็บปวดจะหายไป

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อให้การนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้สอดคล้องไปกับการประจำ เสนอผู้บริหารทางการแพทย์ให้เห็นคุณค่าของการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ และส่งเสริม สนับสนุน เปิดโอกาสให้สามารถนำผลการวิจัยที่เป็นแนวคิดใหม่มาใช้ในการ

ปฏิบัติการพยาบาล ออกเป็นแนวปฏิบัติ ประกาศเป็นนโยบาย ในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

2. เพื่อความต่อเนื่องและ เป็นโครงการที่ยั่งยืน จำเป็นต้องขยายองค์ความรู้แสดงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพให้มีความเด่นชัดหรือเป็นที่ประจักษ์ ทางสังคม โดยวางแผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยการพัฒนาต่อยอด งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและนำรูปแบบการพัฒนาฯ มาปฏิบัติและปรับปรุง

3. เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลใช้บทบาทอิสระในการให้การพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลนักจัดการความปวด และผู้เกี่ยวข้องได้แก่แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำคลินิก ควรพิจารณาดำเนินการนำไปปฏิบัติจริง ในคลินิก โดยเริ่มด้วยการเตรียมความพร้อม พยาบาลประจำที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยการจัด ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่ออบรมพยาบาลแกนนำ ฝึกปฏิบัติการ จากนั้นขยายผลโดยให้พยาบาลแกนนำ จัดเวลาสอนพยาบาลในหอผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติได้ทุกคน ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้เพราะแม้แต่สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย ถ้าได้รับการฝึกฝนแล้วยังสามารถ นำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยได้

จากนั้นสอดคล้องแทรกการนำผลการวิจัยทางการพยาบาลนี้เข้าไปในการปฏิบัติงานประจำวัน
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การ ศึกษา วิจัย นี้ มี ความ เป็น วิทยาศาสตร์ กล่าวคือ 1) มีหลักการและทฤษฎีรองรับ (Discipline) 2) มีการทดลอง (Experiment) 3) มีการตรวจวัดผลการทดลองก่อนและหลัง (Measurement) จึงเป็นการศึกษาที่น่าสนใจและจะเป็นประโยชน์ต่อวงการดูแลรักษาสุขภาพมิติใหม่ (New Dimension of Healthcare) การศึกษานี้เป็นความพยายามที่จะนำแนวคิดในเรื่องของ พลังงานละเอียดอ่อน (Subtle Energy) ที่วัดยากในทางฟิสิกส์ (Non Physical) มาอธิบาย ดังนั้น

1. ควรมีการติดตามผล หลังการวิจัยเป็นระยะ ดูว่าการใช้ศาสตร์ดังกล่าวมีความยั่งยืนอย่างไร

2. ควรนำไปศึกษาให้ครบกระบวนการทางการแพทย์ หรือกระบวนการทางสุขภาพ กล่าวคือ ใช้ป้องกันการเกิดโรค ใช้รักษา และใช้ในการฟื้นฟูจนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ควรศึกษาในการนำ แนวปฏิบัติประยุกต์ตาม รูปแบบสมาธิรักษาโรควิธีไฮโคนิวโรบิคส์ ไปใช้กับโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- ดำรงพันธ์ วัฒนะโชติ. (2556). *โยคะสมาธิรักษาโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ปีเวลส์ สปีเชียล.
- นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพชร, ญาณดา นภอารักษ์. (2560). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ : 496-507.
- ปารวี สุวรรณาลัย. *โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์*. (2561). เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2561. [ม.ป.ท.]. 12 หน้า. เข้าถึงได้จาก <https://med.mahidol.ac.th>
- รสสุคนธ์ พุ่มพันธุ์วงศ์. (2560). แพทย์ทางเลือก (เล่าสู่กันฟัง) "ศาสตร์เพื่อชีวิต". บันทึกการเรียนรู้จากชมรมบ้านสุขภาพมูลนิธิ ภูมิปัญญาสากล และเครือข่าย. กรุงเทพฯ: ชมรมบ้านสุขภาพ และเครือข่าย.
- ศิริกัญญา ชุ่มเต็ม, ชนกพร จิตปัญญา. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้าคุณภาพการนอนหลับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วารสารเกื้อการุณย์ 22(1): 113-128.
- สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. (2559). การรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. [ม.ป.ท.] เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม 2559. เข้าถึงได้จาก <https://www.thairheumatology.org>
- อิทธิกร วัฒนะ. (2557). มิติใหม่ในการเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาความจำผู้บริหารและบุคลากร. สถาบันส่งเสริมการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์แห่งประเทศไทย. [ม.ป.ท.]. เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2560. เข้าถึงได้จาก <http://home.dsd.go.th>
- Shekhar C. (ผู้แปล ขนิษฐา แคนศิลป์). (2558). *หมอในกายในจิต : 7 วัน แห่งการค้นพบหมอภายในตัวเรา = Invisibledoctor : 7 days to meet the doctor within*. กรุงเทพฯ: ภารตะ.
- Tiwari PD, Shekhar C. (2018). *Study on the Level of Healing Techniques in Psychonurobics*. Med. Res. Chron. 5 (6): 490-492.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในสมองรุนแรงโดยใช้ระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (MEWS)

กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บที่ศีรษะจัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท เพราะการบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury:TBI) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองจากมีแรงภายนอกมากระทบกระแทกที่ศีรษะ เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นกับสมองอาจก่อให้เกิดเลือดออกในสมองได้หลายตำแหน่ง และมีอาการแตกต่างกันออกไป โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับแรงที่มากระทำและตำแหน่งของสมองส่วนที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมองอาจหมดสติหรือไม่ก็ได้ ซึ่งภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hematoma) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยที่มีอาการทางรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90 ดังนั้นการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ (MEWS) จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันอันตราย อาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ความผิดปกติได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย กรณีศึกษาครั้งนี้นำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในด้านการประเมินติดตามอาการทางระบบประสาท ที่ประกอบด้วย glasgow coma scale, motor power, pupil, vital sign และใช้แบบประเมิน MEWS อย่างใกล้ชิด รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่น่าเชื่อถือและทันสมัย มาวางแผนกิจกรรมการพยาบาล พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำภายหลังการผ่าตัด ตลอดจนการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีที่สุดปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (MEWS) ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

E-mail: Mailkrongjit2009@hotmail.com

Nursing patients with Subdural hematoma to prevent severe cerebral hemorrhage using the Critical Early Warning System (MEWS)

Krongjit Leksomboonsuk

Abstract

Head injury is a major public health problem. It is one of the leading causes of disability and death among all types of injured patients, due to traumatic brain injury (TBI) cause changes in brain function from external force to impact the head. When an accident occurs in the brain, it can cause bleeding in the brain in different locations, and have different symptoms the severity depends on the forces performed and the location of the affected brain regions. In which a brain injury patient may or may not be unconscious. Which Subdural hematoma is the most common condition in patients with head injuries. Patients with severe symptoms are 90 percent more likely to die, therefore, monitoring of patients using critical alarms (MEWS). Therefore, it is necessary to monitor and prevent danger. Physiological symptoms of patients in an emergency that may change, leading to abnormalities quickly and safely. In the field of neurological monitoring containing GCS Motor power Pupil vital sign and MEWS assessment, including empirical evidence. Trustworthy and up to date let's plan nursing activities along with monitoring for recurrent bleeding after surgery as well as promoting rehabilitation, It aims to provide patients with the best results, safe care and good quality of life.

Key word : Modified Early Warning Scores System (MEWS) Subdural hematoma Nursing care

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury : TBI) จัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท (faul, Xu, Wald and Coronado, 2006) เกิดจากการที่สมองหยุดชะงักการทำงานปกติอาจเกิดจากการกระแทกที่ศีรษะโดยตรง หรือศีรษะกระแทกกับวัตถุอย่างกะทันหันและรุนแรง ความรุนแรงขึ้นอยู่กับแรงที่มากระทำและตำแหน่งของสมองที่ได้รับความเสียหาย (Agarwal, Thakkar and Than, 2020) ที่ ได้แก่ กลุ่มการฟกช้ำของเนื้อสมอง (cerebral contusion) กลุ่มการบาดเจ็บทั่วสมอง (diffuse brain injury) และกลุ่มก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ (intracranial hematoma) พบได้หลายตำแหน่ง คือ ก้อนเลือดที่ชั้นดura (epidural hematoma) ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hematoma) ก้อนเลือดใต้ชั้นอแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) และมีก้อนเลือดภายในเนื้อเยื่อสมอง (intracerebral hemorrhage : ICH) ซึ่งระบบการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง (TBI) ที่ใช้กันทั่วไปคือการประเมินระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma scale : GCS) และแนวทางการจัดการ ลักษณะทางคลินิกของ TBI ขึ้นอยู่กับความรุนแรง

ประเภทและตำแหน่งของการบาดเจ็บที่สมอง (Ellenbogen, Abdulrau, Sekhar, 2012)

ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hematoma) เป็นภาวะที่มีก้อนเลือดสะสมอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้น dura กับเนื้อสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ acute phase, subacute phase และ chronic phase ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ อ่อนแรง อาเจียน ชีพจรช้า หากไม่รักษาก้อนสมองจะถูกกดผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90 (ชูขวัญ เรือนศิลา, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงปานกลางจนถึงรุนแรงมักพบภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับสมองบวมและมีเลือดออกในสมองซ้ำได้ (สวิง ปันยัสสิทธิ์ และคณะ, 2556) และในกรณีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดแต่ได้รับการผ่าตัดล่าช้าไม่ว่าจากสาเหตุใดๆก็ตาม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ช้า และทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (วิบูลย์ เตชะโกศล, 2557) จากผลกระทบข้างต้นแสดงให้เห็นว่าตัวผู้ป่วยเองอาจหลงเหลือคามพิการตามมา ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ครอบครัวขาดรายได้ รัฐบาลต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งเรื่องการรักษาและค่าใช้จ่ายต่างๆ การดูแลและประเมินอาการผิดปกติก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติจึงมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างยิ่ง สัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ (modified early warning Signs : MEWS) เป็นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะวิกฤติ ลดอัตราการตาย และประหยัดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาล (ปณิฏฐา นาคช่วย และคณะ, 2560) โดยใช้การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) อัตราการหายใจ (respiratory rate) อุณหภูมิร่างกาย (body temperature) ระดับการรับรู้สติ กลาสโกว์โคมาสเกล (glasgow coma scale: GCS) ปริมาณความเข้มข้นของก๊าซออกซิเจนในเลือด และปริมาณปัสสาวะ (Wang 2016, Mathukia 2015) แบ่งระดับการให้คะแนนด้วยระบบสัญญาณเตือน 4 ระดับ คือ 1) ระดับค่าคะแนน 1-2 ต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดการระบบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด ไข้ ติดตามแวนละครั้ง 2) ระดับค่าคะแนน 3-4 รายงานหัวหน้าเวรพร้อมติดตามอาการซ้ำทุก 30 นาที ภายใน 2 ชั่วโมง 3) ระดับค่าคะแนน 5-6 รายงานแพทย์ให้มาดูแลผู้ป่วยภายในเวลา 30 นาที ติดตามอาการซ้ำทุก 15 นาที และ 4) ระดับค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ต้องรายงานแพทย์ดูแลผู้ป่วยในไอซียูทันที (กรรณิกา สิริแสน, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตมาใช้ในการให้การพยาบาลพบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการประเมิน จัดการ ติดตามอาการทางด้าน

ร่างกายของผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงก่อนนำไปสู่ภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ซึ่งทำให้มีข้อมูลในการตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อวางแผนให้การดูแล เพื่าระวังอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงยังเป็นช่องทางในการสื่อสารกับแพทย์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น (Christensen et al, 2011, Wang et al, 2016, Nishijima et al, 2016, Ludikhuize et al, 2012, Stafseth et al, 2016, ปณิฏฐา นาคช่วย, 2560) หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย ชั้น 7 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกประเภท สถิติ 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2563 พบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจำนวน 161, 200 และ 175 รายตามลำดับ และพบเสียชีวิตจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจำนวน 38, 36 และ 41 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าว มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลมีการประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินทางระบบประสาท (neuro signs) ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจึงควรต้องได้รับการประเมิน การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้องก่อน

เข้าสู่ภาวะวิกฤต รวมถึงต้องให้การช่วยเหลือร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาตามแนวทางที่กำหนดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างมากในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และความพิการได้ จึงได้นำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ของโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน (แบบประเมินระบบสัญญาณเตือนของโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน 2553 อ้างถึงในกรรณิกา ศิริแสน, 2558) มาใช้ร่วมกับการประเมินทางระบบประสาทในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน และดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 42 ปี แพทย์วินิจฉัยภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน ร่วมกับมีร่องกลางของสมองเคลื่อนไปจากตรงกลาง (acute subdural hematoma (SDH) with Midline shift)

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล : เรียกไม่รู้สีกตัว 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลตกจากเก้าอี้หลังศีรษะกระแทกพื้น ไม่ได้รับการรักษาที่ใด 30 นาที

ก่อนมาโรงพยาบาลญาติพบผู้ป่วยนอนกับพื้นไม่รู้สีกตัว หายใจเป่าปาก จึงนำส่งโรงพยาบาล E1V2M1 pupil right eye 4 mm left eye 3 mm RTLBE แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (On Et tube) และส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน (acute subdural hematoma) ขนาด 8.6 cm. และมีร่องกลางของสมองเคลื่อนไปจากตรงกลางไปด้านซ้าย (midline shift to left) 5.25 mm.

โรคประจำตัวเป็น dyslipidemia รักษาต่อเนื่อง สูบบุหรี่ประมาณ 20 มวนต่อวัน เป็นเวลา 20 ปี ดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธประวัติแพ้อาหารทะเล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 15,350 cell/cu.mm Hct 41.8% platelet 157,000 cell/cu.mm PT 15.4 (10.2-13) PTT 28.3(21.9-29.5) INR 1.33 BUN 5 mg/dl creatinine 0.60 mg/dl blood sugar 165 mg/dl serum sodium 142 mmol/L serum potassium 2.9 mmol/L serum chloride 95 mmol/L และ serum TCO₂ 13.3 mmol/L

ผลการตรวจพิเศษอื่นๆในวันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล คือ CT brain ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน (acute subdural hematoma) ขนาด 8.6 cm. และมีร่องกลางของสมองเคลื่อนไปจากตรงกลางไปด้านซ้าย (midline shift to left) 5.25 mm.

ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา คือ การตรวจเลือด
(CBC, BUN Cr, Electrolyte, Coag) การให้สาร
น้ำ 0.9% NSS 1,000 ซีซี ผสม KCL 40 mEq IV

อัตรา 80 ซีซี/ชม. ให้ยากันชัก dilantin 750 มก. ใน 0.9% NSS 100 ซีซี IV drip ใน 30 นาที หลังจากนั้นให้ dilantin 100 มก. IV ทุก 8 ชม. จนมีอาการทุเลาขึ้นตามลำดับ รวมทั้งมีการประหม่นและเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลานี้โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) ร่วมกับประเมินทางระบบประสาท (neuro signs) อย่างต่อเนื่อง พร้อมให้การดูแลร่วมกับแพทย์ตามแนวทางที่กำหนด ดังตารางที่ 1

Modified Early Warning Signs (MEWS) ใช้กับผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป

Modified Early Warning Signs (MEWS) ใช้กับผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป							
Parameter \ Score	3	2	1	0	1	2	3
Systolic Blood Pressure (mmHg)	≤ 70	71-80	81-100	101-179	180-199	200-219	≥ 220
Heart Rate :HR (BPM)		≤ 40	41-50	51-100	101-100	111-129	≥ 130
Respiratory Rate (BPM)	≤ 8		9-11	12-20	21-25	26-29	≥ 30
Temperature (°C)		≤ 36.0		36.1-38.4		≥ 38.5	
Oxygen Saturation (%)	≤ 85	86-89	90-94	≥ 95			
GCS	≤ 8	9-13	14	15			
4 Hour Urine Output	< 80	80-199		200-799	> 800		
MEWS	รายงาน/การจัดการ(การพยาบาล)				การประเมิน/บันทึก		
1-2	ต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด ใช้ติดตามแวนละครั้ง				ติดตามแวนละครั้ง		
3-4	รายงานหัวหน้าแวน				ติดตามซ้ำ 30 นาที ภายใน 2 ชั่วโมง		
5-6	รายงานแพทย์ให้มาดูแลผู้ป่วยภายในเวลา 30 นาที				ติดตามซ้ำ 15 นาที		
≥ 7 ต้องรายงานแพทย์ดูแลผู้ป่วยในไอซียูทันที							

ซึ่งภายหลังที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ (off ET tube) จนเมื่อเช้าวันที่ 10 ของการผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ มึนงงศีรษะ E1V3M5 pupil 2 mm RTLBE กำลังแขนขาข้างขวา grade 4 แขนขาซ้าย grade 2 สัญญาณชีพ BP= 200/100 mmHg HR 68 /min RR 20 /min BT 37°c ประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) ได้ 5 คะแนน (SBP = 200 ได้ 2 คะแนน, GCS = 9 ได้ 2 คะแนน) รายงานแพทย์เพื่อดูแลอาการผู้ป่วยภายใน 30 นาที ตามแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย มีแผนการรักษา On endotracheal tube No 7.5 cm. depth 22 cm. ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ซีซี ผสม KCL 20 mEq IV อัตรา 80 ซีซี/ชม. ให้ยา nicardipine (1:5) IV 10 ml/hr titrate keep BP < 160/100 mmHg และส่ง CT brain พบ มีเลือดออกสมองส่วน fronto-parieto-temporo เพิ่มขึ้น 1.8 ซม. และมีร่องกลางสมองเคลื่อนไปจากตรงกลาง 1.8 ซม. (increase amount of a right fronto-parieto-temporo acute SDH now measuring 1.8 cm in thickness. midline shift 1.8 cm.) แพทย์ได้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ญาติ เพื่อให้ทราบข้อมูลอาการเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วย และแจ้งแผนการรักษาเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อให้ญาติตัดสินใจผ่าตัด โดยลงนามเอกสารยินยอมผ่าตัดเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อระบายเลือด (craniotomy with remove clot) ใช้เวลา 45 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 20 ซีซี ระดับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ (general anesthesia) แกรับที่หอผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว MEWS 3 คะแนน (GCS < 8 ได้ 3 คะแนน) E1VtM1 pupil 2 mm RTLBE กำลังแขนขาทั้ง 2 ข้าง grade 0 หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง แผลผ่าตัดที่ศีรษะปิดไว้ด้วย fixamull ต่อสายระบายเลือด (jackson drain) 1 สาย มีสารคัดหลังเป็นสีแดงคล้ำคาสายระบาย ดูแลจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%

NSS 1,000 ซีซี อัตรา 80 ซีซี/ชม. ให้ยากันชักทางหลอดเลือดดำ dilantin 750 มก. ผสมใน 0.9% NSS 100 ซีซี drip ใน 30 นาที ทันที หลังจากนั้นให้ dilantin 100 มก. IV ทุก 8 ชั่วโมง งดน้ำงดอาหาร ให้ยาลดปวด dynastat 40 mg IV ทุก 12 ชม., Plasil 10 mg IV ทุก 6 ชม. นอกจากนี้มีแผนการรักษาให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด cefazolin 1 กรัม IV ทุก 6 ชม. ให้ยาป้องกันแผลในกระเพาะอาหาร losec 40 มก. IV วันละครั้ง สัญญาณชีพ BP = 142/92 mmHg HR 72 /min RR 20 /min BT 38.2°c O2 sat 99- 100%

หลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มปลุกตื่น ทำตามคำสั่ง คะแนน MEWS 2 คะแนน (GCS = 9 ได้ 2 คะแนน) GCS E3VTM6 pupil 3 มม. RTLBE แขนขา 2 ข้าง grade 3 On ET tube No 7.5 cm. depth 22 cm. ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ซีซี ผสม KCL 40 mEq IV อัตรา 80 ซีซี/ชม. งดน้ำและอาหาร สาย Jackson drain มีสารคัดหลังสีแดงคล้ำออก 75 ซีซี ปริมาณสารน้ำเข้ารวม 2,440 ซีซี. ปริมาณสารน้ำออกรวม 1,475 ซีซี สัญญาณชีพ BT 37°c BP = 140/100 mmHg HR 64 /min RR 20 /min O2 sat 99- 100%

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ คะแนน MEWS 2 คะแนน (GCS = 10 ได้ 2 คะแนน) GCS E4VTM6 pupil 3 มม. RTLBE แขนขา 2 ข้าง grade 5 On ET tube No 7.5 cm. depth 22 cm. ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย หอบ แพทย์พิจารณา try wean bird respirator และพิจารณา off Endotracheal ดูแล On mask with corrugate 10 LPM ให้ยา dexamethasone 4 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง พร้อมพ่นยา berodual 1 NB และพ่น adrenaline (1:10,000) 4 ml ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ดูแลให้สารน้ำเดิม งดน้ำและอาหารต่อ สาย Jackson drain มีสารคัดหลังสีแดงคล้ำออก 20 ซีซี ปวดศีรษะพอทนได้ ผู้ป่วยให้คะแนนความปวด 3-4 คะแนน ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาปริมาณ

สารน้ำเข้ารวม 2,575 ซีซี. ปริมาณสารน้ำออกรวม 1,502 ซีซี สัญญาณชีพ BT 36.5-37.5° c BP = 158-111/80-98 mmHg HR 56-76 /min RR 20-22 /min O2sat 99- 100%

หลังผ่าตัดวันที่ 7 ผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ คะแนน MEWS 0 คะแนน GCS E4V5M6 pupil 3 มม. RTLBE แขนขา 2 ข้างมีกำลังปกติ grade 5 ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไอมีเสมหะสีขาวเล็กน้อย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง รับประทานอาหารอ่อน ให้ยาแบบรับประทาน ถอดสายสวนปัสสาวะ สาย Jackson drain ไม่มีสารคัดหลั่งออก แพทย์พิจารณาถอดสาย Jackson drain แผลแห้งดี ปวดศีรษะพอทนได้ คะแนนความปวด 3 คะแนน ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา สัญญาณชีพ BT 36.5-37.9° c BP = 182-134/78-104 mmHg HR 60-88 /min RR 20-22 /min O2sat 100%

หลังผ่าตัดวันที่ 10 ผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ คะแนน MEWS 0 คะแนน GCS E4V5M6 pupil 2 มม. RTLBE แขนขา 2 ข้าง grade 5 ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ สามารถช่วยเหลือตัวเองลุกเดินไปห้องน้ำได้ ไม่มีอาการปวดศีรษะรับประทานอาหารธรรมดา ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แผลที่ศีรษะครบตัดไหม แผลแห้งดี ไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม สัญญาณชีพ BT 36.2-37.4° c BP = 154-99/53-95 mmHg HR 66-106 /min RR 20 /min O2sat 100% แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ในสภาพรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ แขนขา 2 ข้างมีกำลังปกติ grade 5

กระบวนการพยาบาล

จากข้อมูลผู้ป่วยข้างต้นสรุปการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด สรุปได้ดังนี้

1. มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากอาจมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (ระยะก่อนและหลังผ่าตัด)

กิจกรรมการพยาบาล

- สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning signs of

Increased intracranial pressure) และรายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการ (Prasat Neurological Institute, 2015) ได้แก่ คะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่า 2 คะแนน (ประเมินโดยใช้ GCS) ผู้ป่วยมีอาการสับสน หรือมีอาการง่วงซึม แขนขาอ่อนแรงแย่งจากเดิมตั้งแต่ 1 grade มีอาการตาพร่ามัว พูดลำบาก ขนาดของ pupil เปลี่ยนแปลง 2 ข้างแตกต่างกันเกิน 1 mm. ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง ปวดศีรษะมากขึ้น

- ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน (McBryde, 2017) อาการทางระบบประสาท การประเมินการเคลื่อนไหวและกำลังของแขนขา (movement of the limbs and motor power) และสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตอย่างใกล้ชิด (ประเมินโดยใช้ GCS และ MEWS)
- หลีกเลี่ยงหรือจัดการกับสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา คือ Nicardipine (1:5) IV titrate keep BP < 160/100 พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับยา
- จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิดหมุนซ้ายขวา และระวังไม่ให้สะโพกงอมากกว่า 90 องศา หลีกเลี่ยงท่านอนศีรษะต่ำ ท่านอนคว่ำหรือท่าก้มศีรษะหรือแหงนคอบากเกินไป เพราะจะส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ทำให้แรงดันกำซาบสมองและความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น (Fan, 2004)
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยก่อนและหลังดูแลเสมหะควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที รวมทั้งสังเกตและ

บันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดโดยให้ $O_2 \text{ sat} \geq 95\%$ (Pedersen, 2009)

- หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เพิ่มเมตาบอลิซึมในสมอง เช่น มีไข้ ควรควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส อุณหภูมิที่สูงขึ้นทุก 1 องศา ทำให้มีการไหลเวียนเลือดสู่สมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 7-13 (Rupich, 2009)
- ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้นได้แก่ การออกแรงลูกนั่ง การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรงๆ การพลิกตะแคงตัว รวมทั้งการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่มีความดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจ (PEEP) มากกว่า 5-10 cmH₂O (Ugras, 2015)

ประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัว คะแนน MEWS 0-3

คะแนน GCS E4V5M6 pupil 2-3 มม. RTLBE กำลังแขนขาแรงดีระดับ 5 ทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพ BT 36.2-37.4°C BP = 154-99/53-95 mmHg HR 66-106 /min RR 20 /min $O_2 \text{ sat} 100\%$

2. อาจเกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (ระยะก่อนและหลังการผ่าตัด)

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ เหนื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ท้องอืด หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ เป็นต้น เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและทันทั่วถึง
- ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราและจังหวะการเต้นของชีพจร หากตรวจพบมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หวหะคือชีพจรเบาเร็วและไม่สม่ำเสมอซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำรุนแรง รายงานแพทย์ทันที (James & Ashwill, 2007) รวมถึงประเมิน

อัตรา และลักษณะของการหายใจ หากพบความผิดปกติของระบบการหายใจเช่น หายใจเร็วหรือแรงขึ้น เป็นต้น พร้อมติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและทันทั่วถึง

- ประเมินอาการทางระบบประสาท (neurologic signs) เช่น ง่วงซึม รีเฟล็กซ์ลดลง และกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและทันทั่วถึง
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ซีซี ผสม KCL 40 mEq IV อัตรา 80 ซีซี/ชม. เพื่อเพิ่มระดับโพแทสเซียมในกระแสเลือดให้ถึงระดับปกติ พร้อมทั้งประเมินและติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทุก 4 ชั่วโมง และการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต หากพบอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาทีและความดันโลหิตต่ำให้รายงานแพทย์
- ติดตามผลระดับโพแทสเซียมในเลือดเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการให้ยา
- ติดตามบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปริมาณปัสสาวะที่ออกมา (urine output) เพื่อประเมินการทำงานของไต เพราะโพแทสเซียมถูกขับออกทางไตเป็นหลัก ถ้าการทำงานของไตไม่ดีจะทำให้มีการสะสมของโพแทสเซียมซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หวหะและหัวใจหยุดเต้นได้

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ คะแนน MEWS 0-3 คะแนน GCS E4V5M6 pupil 2-3 มม. RTLBE กำลังแขนขาแรงดีระดับ 5 ทั้ง 2 ข้าง serum potassium 3.7 mmol/L

3. อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการขับเสมหะลดลง (ระยะก่อนและหลังการผ่าตัด)

กิจกรรมการพยาบาล

- สังเกตอาการและอาการแสดง ชีพจร อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจเร็ว ปลายมือ ปลายเท้าซีดผิวหนังเย็น capillary refill time นานกว่า 2 วินาที เพื่อติดตามภาวะพร่องออกซิเจน
- วัดและบันทึกสัญญาณชีพ อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง สังเกตลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจและวัดค่า oxygen saturation เพื่อติดตามและประเมินภาวะพร่องออกซิเจน
- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (keep o_2 sat $>95\%$) โดย On Endotracheal tube No 7.5 cm, depth 22 cm, with bird ventilator เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน
- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ เมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยก่อนและหลังดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที
- จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวปอดขยายตัวได้เต็มที่ส่งเสริมการระบายอากาศ
- ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบลดการรบกวนผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการพักผ่อน ลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
 เสมหะสีขาวใส คะแนน MEWS 0-3 คะแนน GCS E4V5M6 pupil 2-3 mm. กำลังแขนขาแรงดีระดับ 5 ทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพ BT $36.2-37.4^{\circ}C$ BP = 154-99/53-95 mmHg HR 66-106 /min RR 20 /min O_2 sat 100%

4. ปวดศีรษะเนื่องจากศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน และมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (ระยะก่อนและหลังการผ่าตัด)

กิจกรรมการพยาบาล (Chaemlai, 2013)

- ประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS) ประเมินทุก 4 ชั่วโมง และประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการความปวด เพื่อติดตามความปวดและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
- จัดท่าศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ศีรษะและคออยู่ในแนวตรง ไม่หักพับ จะทำให้ผู้ป่วยมีความสบายมากขึ้น
- ให้การพยาบาลด้วยความระมัดระวังเพื่อไม่ให้เกิดความปวด
- ตรวจสอบสายระบายต่างๆ ไม่ให้มีการคั่งรัง เพื่อลดความปวด ส่งเสริมความสบาย
- ดูแลให้ได้รับยาลดปวด คือ dynastat 40 mg IV ทุก 12 ชม. พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา

ประเมินผล : ผู้ป่วยปวดลดลง กลับได้ คะแนนปวดลดลง ประมาณ 3 คะแนน

5. อาจเกิดอันตรายจากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (ระยะหลังการผ่าตัด)

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก อ่อนล้าหมดแรง ชีพจร คลื่นไส้ อาเจียน ชัก เป็นต้น เพื่อเฝ้าระวังและให้การพยาบาลได้ทันทั่วถึง
- ประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงและวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม
- ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 0.9% NSS 1000 ml IV rate 80 cc/hr เพื่อเพิ่มระดับโซเดียมในกระแสเลือดให้ถึงระดับปกติ

- บันทึกน้ำเข้า ออก ทุก 8 ชม. เพื่อวัดปริมาณการขับออกของเหลว

- ติดตามระดับโซเดียมในเลือดเพื่อประเมินอาการต่อการตอบสนองต่อการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 ปวดศีรษะ pain score 3 คะแนน ไม่มีอาการอ่อนแรง หรือชัก สัญญาณชีพ BT 36.-36.4° c BP = 160-110/80-90 mmHg HR 60-84 /min RR 20 – 22 /min O2 sat 100% ปริมาณสารน้ำเข้ารวม 1,820 ซีซี. ปริมาณสารน้ำออกรวม 1,052 ซีซี

6. บทพร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง (ระยะก่อนและหลังการผ่าตัด)

กิจกรรมการพยาบาล (Karic, 2016)

- ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับ ผู้ป่วย เช่น พร้อมประเมินผิวหนังเพื่อเฝ้าระวังแผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
- ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับบริเวณปุ่มกระดูกบริเวณอวัยวะตามร่างกาย
- จัดท่านอนให้ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมความสบาย
- ดูแลอาบน้ำ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อร่างกายสะอาด ส่งเสริมความสบาย ไม่อับชื้น
- ออกกำลังกายให้โดยการทำให้ passive/active exercise และประสานงานนักกายภาพบำบัดเพื่อร่วมดูแล พร้อมสอนญาติโดยพบว่าการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ขยับออกกำลังกายตั้งแต่ในระยะแรกส่งผลให้มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีตามมา

ประเมินผล : ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ไม่มีแผลกดทับ ไม่เกิดข้อติดแข็ง ได้รับการกระตุ้นให้ออกกำลังกาย และได้รับการส่งเสริมการฝึกเดินจากนักกายภาพบำบัดจนสามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำได้เอง

7. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ระยะก่อนและหลังการผ่าตัด)

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินระดับความเข้าใจต่อแผนการรักษาและการดูแลของญาติเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป
- อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงแผนการรักษา และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการนอนนาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ระบายความรู้สึกเพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ช่วยสร้างขวัญกำลังใจและความเข้มแข็งของจิตใจให้กับญาติในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
- กระตุ้นให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ จัดวิทยุให้ฟัง
- วางแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมร่วมกับญาติอย่างเหมาะสม เช่น วางแผนการวัดสัญญาณชีพเป็นเวลา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารทั้งการพูดและวิธีการอื่นๆ ระหว่างผู้ป่วยและญาติ

ประเมินผล : ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค และสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้

8. ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (ระยะหลังผ่าตัด)

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

- อธิบายถึงสาเหตุของโรคที่เป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
- แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้ แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสุรา หรือของมีนมทุกชนิด
- แนะนำเรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดียิ่งขึ้น
- แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย เช่น นั่งแกว่งแขนหรือขา การเดินรอบๆ บ้าน เป็นต้น เพื่อฟื้นฟูกำลังของแขนขา
- แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาจนครบ
- แนะนำและให้ใบคำแนะนำวิธีสังเกตอาการทางระบบประสาท หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน มีอาเจียนพุ่ง ชักเกร็งกระตุก ให้รีบมาพบแพทย์ หรือโทรแจ้ง 1669 เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและเล็งเห็นความสำคัญในการมาตรวจตาม

ประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติรับฟัง สามารถบอกการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

สรุป

ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ จนเกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (SDH) ซึ่งเป็นทำให้สมองขาดออกซิเจน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งจัดเป็นภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่ต้องให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ด้วยเหตุนี้จึงได้นำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (MEWS) ของโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน มาใช้ร่วมกับการประเมินทางระบบประสาทในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้ม

สมอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว เนื่องจากในแบบประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (MEWS) ประกอบไปด้วย ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) อัตราการหายใจ (respiratory rate) อุณหภูมิร่างกาย (body temperature) ระดับการรับรู้สติกลาสโกว์โกมาสเกล (Glasgow Coma Scale [GCS]) ปริมาณความเข้มข้นของก๊าซออกซิเจนในเลือด และปริมาณปัสสาวะนั้นเมื่อได้ค่าคะแนนในระดับสูงอาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาภายในร่างกายขณะเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ร่างกายหรืออวัยวะสำคัญได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และเมื่อนำมาประเมินร่วมกับแบบประเมินระบบประสาทที่ประกอบด้วย ระดับการรับรู้สติกลาสโกว์โกมาสเกล (Glasgow Coma Scale [GCS]) สัญญาณชีพ (Vital signs) ขนาดรูม่านตา (pupil) กำลังของแขนขา (motor power) ที่ช่วยประเมินการทำงานของระบบประสาทในร่างกาย หากมีการเปลี่ยนแปลงจึงบ่งชี้ให้ทราบว่าระบบประสาทได้รับการบาดเจ็บหรืออันตรายต้องรีบให้การดูแล แก้ไขอย่างเร่งด่วน ดังนั้น เมื่อนำแนวทางการประเมินทั้งสองอย่างมาใช้ร่วมกันจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษามีค่าคะแนน MEWS อย่างระหว่าง 1-3 คะแนน ซึ่งจัดมีคะแนนน้อยแต่มีคะแนน GCS < 8 แขนขามีกำลังลดลง คือ grad 2 ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะวิกฤติ พยาบาลให้การพยาบาลตามเกณฑ์การใช้ระบบสัญญาณเตือนทันที จึงทำให้อาการของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ไม่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จนมีค่าคะแนน MEWS เพิ่มขึ้น มีระดับความรู้สึกตัวและกำลังแขนขากลับมาเป็นปกติ แสดงว่าการใช้แนวทางประเมินก่อนเข้าสู่ระยะวิกฤติ (MEWS) สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยรวดเร็ว มีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองที่รุนแรงได้ก่อนที่ผู้ป่วย

จะมีอาการเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ทันทั่วทั้งที่ และปลอดภัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพดี รัมมิกะกุล (2563) เรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มทดลองหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลง และไม่พบการเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ค่าการเปลี่ยนแปลงทางสถิติวิทยาของ MEWS ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้การอาการแสดง เฝ้าระวัง และตัดสินใจขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ทันเวลา

ปัญหาอุปสรรค

จากการนำแนวทางในการประเมินก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติมาใช้ในผู้ป่วยกรณีศึกษา พบว่าไม่สามารถ

ปฏิบัติตามแนวทาง MEWS ได้ครบทุกเวอร์ เนื่องจากมีผู้ป่วยภาวะวิกฤติที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุจำนวนมาก จึงทำให้มีการประเมินตามแนวทางการประเมินระบบประสาทเพียงอย่างเดียว รวมทั้งแบบประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ และแบบประเมินระบบประสาทยังเป็นแบบประเมินแยกส่วนจึงทำให้ผู้ปฏิบัติต้องประเมินซ้ำในบางหัวข้อ ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนา/นำไปใช้

1. พัฒนารูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองโดยใช้แบบประเมิน MEWS ให้มีการใช้งานที่สะดวก ไม่ซ้ำซ้อน
2. ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของพยาบาลในการใช้แนวทางประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (MEWS) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบ MEWS ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรณีกา สิริแสน. (2558). *ประสิทธิผลของการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- ชูขวัญ เรือนศิลา. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชนิดเรื้อรังหลังได้รับการผ่าตัด*. สืบค้นเมื่อ 10/12/63 จาก http://119.110.207.4/download%20file/Personal/Succeed/RN/L6/0601.2_7398/w_chukwan%20ruernsila.pdf

- ปณิฏฐา นาคช่วย, ละมัยพร อินประสงค์, วารินทร์ ดันตระกูล, ปดิวิธดา ทองใบ, พิไลวรรณ จันตะนะ. (2560). *MEWS: Adult Pre Arrest Sign กับบทบาทพยาบาล*. เวชบัณฑิตศิริราช. 10 (3), 186-190.
- ยุพดี รัมมิกะกุล. (2563). *ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. 3(1); 31-46.
- วิบูลย์ เตชะโกศล. (2557). *ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบทางด่วนพิเศษในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 29(6), 524-529.

- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). *คู่มือแนวทางการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: ปัญญมิตรการพิมพ์.
- สวิง ปันจยีสี่, นครชัย เพื่อนปฐม, และกุลพัฒน์ วีรสาร. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองขาดเลือด*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- อรัญ รังผึ้ง, พิมพ์ภา เตชะกมลสุข และอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์. (2556). การบาดเจ็บรุนแรงจากการใช้รถจักรยานยนต์ ปี พ.ศ. 2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำ สัปดาห์ ,44(31), 481-484.
- Chaemlai K, Kitrungrate L, Petpichetchian W. (2013). *Development of clinical nursing practice guidelines for procedural pain management in surgical critical patients*, Songklanagarind hospital. Proceeding of the 4th Hat-Yai Academic Conference 2013. 2013,710: 31-39. (In Thai)
- Christensen D, Jensen NM, Maaløe R, Rudolph SS, Belhage B, Perrild H. (2011) . *Nurse-administered early warning score system can be used for emergency department triage*. Dan Med Bull. 58(6):A4221.
- Ellenbogen RG, Abdulrauf SI, Sekhar LN. (2012) . *Principles of Neurological Surgery E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Fan JY. (2004) . Effect of backrest position on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in individuals with brain injury: a systemic review. *JNN* 2004;36(5): 278-88.
- Faul M, Xu L, Wald MM, Coronado VG. (2006) . *Traumatic brain injury in the United States; emergency department visits, hospitalizations, and deaths*; 2006.
- James, S.R., & Ashwill, J.W. (2007). *Nursing care of children: principle and practice*. Philadelphia: W.B. Saunder.
- Karic T, Roe C, Nordenmark TH, Becker F, Sorteberg A. (2016). Impact of early mobilization and rehabilitation on global functional outcome one year after aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *J Rehabil Med*, 48(8):676-82.
- Ludikhuize J, Smorenburg SM, de Rooij SE, de Jorge E. (2012). Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score. *J Crit Care*.2012;27(4):424.e7-13.
- Mathukia C, Fan W, Vadyak K, Biege C, Krishnamurthy M. (2015). Modified Early Warning System improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital. *J Community Hospital Intern Med Perspect*. 5(2):26716.
- McBryde, F. D., Malpas, S. C., & Paton, J. (2017). Intracranial mechanisms for preserving brain blood flow in health and disease. *Acta Psychologica*, 219(1), 274-287.
- National Institute of Child Health and Human Development [NICHD]. (2016). *Traumatic brain injury*. สืบค้นเมื่อ 28/11/63 จาก <http://www.nichd.nih.gov/health/topics/tbi>.

Nishijima I, Oyadomari S, Maedomari S, Toma R, Igei C, Kobata S, et al. (2016). *Use of a modified early warning score system to reduce the rate of in-hospital cardiac arrest*. J Intensive Care.;4:12.

Nitin Agarwal, MD, Rut Thakkar, Khoi Than, MD, FAANS. (2020). *Traumatic Brain Injury*. สืบค้นเมื่อ 29/4/64 จาก <https://www.aans.org/Patients/Neurosurgical-Conditions-and-Treatments/Traumatic-Brain-Injury>.

Pedersen CM, Rosendahl-Nielsen M, Hjermand J, Egerod I. (2009). *Endotracheal suctioning of the adult intubated patient-what is the evidence?*. Intensive Crit Care Nurs. 25: 21-30.

Prasat Neurological Institute (Thailand). (2015) . *Clinical Nursing practice guidelines for stroke Bangkok: The Institute; 2015*.

Rupich K. (2009). *The use of hypothermia as a treatment for traumatic brain injury*. J Neurosci Nurs;41(3): 159-67.

Ugras GA, Yuksel S. (2015). Factors affecting intracranial pressure and nursing interventions. *J Nurs Care*. 1(1): 1-6.

Stafseth SK, Grønbeck S, Lien T, Randen I, Lerdal A. (2016). *The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study*. Intensive Crit Care Nurs.34:25-3

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

รุ่งนิภา จ้างทอง, พย.ม.*

บทคัดย่อ

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ทำให้เกิดการสำลักอาจนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ส่งผลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การปฏิบัติทางการพยาบาล ของการประเมินการกลืนและฝึกกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาทเกี่ยวกับการทรงตัว การพูด การควบคุมลิ้น ต่างกัน ทำให้ความสามารถในการกลืนต่างกันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 2 รายดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่แรกรับจากผู้ป่วย ญาติพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิด แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย เพศชาย เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และมีภาวะกลืนลำบาก ในรายที่ 1 ผู้ป่วย อายุ 36 ปี E2V2M5 แขน-ขาขวา weak เกรด 0 ความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถ Off Endotracheal tube หลังผ่าตัด Day 3 ประเมินการกลืน หลังผ่าตัด Day 4 ไม่พร้อมฝึกกลืน มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองและชักเกร็งซ้ำ เสี่ยงปอดอักเสบจากภาวะกลืนลำบาก นอนโรงพยาบาล 22 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 57 ปี E4V1M5 แขน-ขาขวา weak เกรด 1 ความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดสมองแบบเจาะรูที่กะโหลกศีรษะ ประเมินการกลืน Day 26 ไม่พร้อมฝึก มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ เสี่ยงปอดอักเสบจากภาวะกลืนลำบาก นอนโรงพยาบาล 33 วัน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการ monitor สัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ได้รับการประเมินการกลืน ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์การประเมินการกลืนและฝึกกลืนผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จหลังผ่าตัดใน Day 16 ถอดสายยางให้อาหารได้ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรายที่ 2 ใส่สายยางกระเพาะอาหารทางจมูกเพื่อให้อาหารปั่น ได้รับการฟื้นฟูการกลืนต่อเนื่องที่บ้าน สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้านใน Day 7

การประเมินการกลืน และการฝึกกลืน ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะกลืนลำบาก จาก การทรงตัว การพูด การควบคุมลิ้น ต่างกัน สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จในระยะต่างกัน ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักได้ เพื่อลดการเกิดของผู้ป่วยติดเตียง

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาล กลืนลำบาก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

Nursing care in Stroke patient with dysphagia : Comparative case study

Rungnipa Jangtong, M.N.S.

Abstract

Dysphagia in stroke patients is a common problem. It can lead to aspiration pneumonia Affect the infection in the bloodstream and can die. The objective was to study the nursing practice of swallowing assessment and swallowing practice in stroke patients with neurological symptoms of balance, speech and tongue control differed in swallowing ability who were admitted at Chao Phraya Yommarat Hospital. Data were collected from July 2020 to January 2021, selected samples of 2 subjects, and the data collected from the beginning, distributed from patients relatives, nurses, multidisciplinary teams, and data records from the patient's medical records. Using conceptual framework Gordon's health stereotypes It is a tool for collecting information.

Results of two case studies were male had cerebrovascular disease , high intracranial pressure and dysphagia. Patient 1: Age 36 years , E2V2M5, arm - right leg weak grade 0, High blood pressure. Underwent craniotomy surgery After surgery, using artificial respiration, can off Endotracheal tube after surgery Day 3 and evaluation of swallowing after surgery Day 4 not ready to practice swallowing. Have high intracranial pressure are at risk for ventilator-associated pneumonia. Risk of recurrent bleeding in the brain and convulsion. Risk of aspiration pneumonia, the patient's stay in the hospital for 22 days.

Patient 2: Age 57 years, E4V1M5, arm - right leg weak grade1, Hypertension, Underwent cranial perforation surgery, Assessment of swallowing Day 26 not ready to practice, High intracranial pressure, Risk of recurrent bleeding in the brain, Risk of aspiration pneumonia, the patient's stay in the hospital for 33 days. Both patients were monitored for vital signs and neurological symptoms. Get a swallowing assessment, Has discharge planning with multidisciplinary. Results of swallowing assessment and swallowing practice: Patient 1 was able to practice swallowing successfully after surgery on Day 16. Remove the feeding tube before go home. Patient 2 On nasogastric feeding tube, Continuous swallowing practice at home and able to practice swallowing successfully after go home on Day 7.

Assessment of swallowing and practice swallowing in cerebrovascular disease with balance, speech, tongue control, Can practice swallowing successfully at different stages. This is important to prevent complications from aspiration pneumonia. To reduce the incidence of bed-addicted patients

Keywords: Stroke, Nursing, Difficulty Swallowing

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต คือโรคที่มีอาการผิดปกติของระบบประสาทเป็นอาการของแขน หรือ ใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งชา อ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ อย่างทันทีทันใดและมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง สถานการณ์โลก ปีพ.ศ. 2563 ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี การประเมินอย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตในระยะวิกฤต ส่วนในระยะฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลัก เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตได้ (ยงชัย นิละนนท์. 2560) โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามพยาธิสภาพที่เกิดเป็น 2 กลุ่มใหญ่ 1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) เกิดการตีบตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง และเกิดจากการอุดตันของลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด 2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออก (hemorrhagic stroke) สาเหตุสำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย (ศิษยา รัตนกรและคณะ. 2554) ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารทางสายยาง คุณสมบัติในการฝึกกลืน ผู้ป่วยรู้ตัวและตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ อยู่ในท่านั่งตรงได้ อย่างน้อย 30 นาที การควบคุมศีรษะและลำคอปกติ ผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากระบบประสาทผิดปกติเมื่อกลืนอาหารเหลว อาหารจะผ่าน จากระยะช่องปากเข้าสู่ระยะ

คอหอยอย่างรวดเร็วก่อนที่จะเกิดการกลืน จึงเกิดการสำลักได้บ่อย แต่อาหารที่มีความข้นมากกว่าปกติจะช่วยชะลอไม่ให้อาหารเข้าสู่ระยะคอหอยก่อนเกิดการกลืน การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน จะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การใช้ยา (Medication) โดยพบว่ายาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) ช่วยเพิ่มความเข้มข้นของ substance P ในน้ำลายจะช่วยกระตุ้นรีเฟล็กซ์การกลืน และการไอ ในการคัดกรองภาวะการกลืนลำบากจะช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสำลักได้ (aspiration pneumonia) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการประเมินใน 24 ชั่วโมงแรกหรือก่อนได้รับอาหารทางปาก วิธีการประเมินมีดังนี้ 1) Assessment of daily condition ระดับของการรู้สึกรู้ตัว โดยมีวิธีการประเมิน Cognition function ได้แก่ Orientation: ถามวัน เวลา สถานที่ ความสามารถในการทำตามคำสั่ง และสื่อสารได้ ประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัว 75-90 องศาต่อตั้งตรง และนั่งได้ไม่ต่ำกว่า 30 นาที 2) ประเมินการกลืน มีประเมินการควบคุมลิ้นการกลืนการไอโดยปิดปากได้สนิท สามารถเคลื่อนไหวลิ้นได้ ตามคำสั่ง เช่น ยกลิ้นขึ้นลงซ้ายขวา เลี้ยวริมฝีปาก water swallow test : ทดสอบการกลืนน้ำปริมาณ 5 มล. โดยใช้ช้อนวางบนลิ้นด้านที่แข็งแรง แล้วให้ผู้ป่วยกลืนน้ำถ้าผ่านให้ประเมินอีก 2 ครั้ง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นต้องหยุดการประเมินทันที ได้แก่ 1) สังเกตอาการไอ สำลัก เสียงเปลี่ยน หรือผู้ป่วยยอมไว้มือยอมกลืน 2) ถ้ามีอาการผิดปกติ ให้หยุดการประเมินและ NPO ไว้ก่อน 3) รายงานแพทย์เพื่อประเมินเพิ่มเติมหรือส่งให้นักกิจกรรมบำบัดในการฝึกการกลืนต่อไป กรณีประเมินผ่าน 3 ครั้งแล้ว ให้เริ่มมีอาหารตามแนวทางการรักษาของแพทย์ (ศิริราฐ สอนสำนึก , กุสุมา กุว

วัฒนาสัมฤทธิ์ และสุปริดา มั่นคง , 2560) ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาทเกี่ยวกับการทรงตัวการพูด การควบคุมลิ้น จำเป็นจะต้องคัดกรองภาวะกลืนลำบาก โดยประเมินการกลืนและการฝึกกลืนก่อนเริ่มรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้เกิดการสำลักนำไปสู่ภาวะปอดอักเสบได้ง่าย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การปฏิบัติทางการพยาบาล ของการประเมินการกลืนและฝึกกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาทการทรงตัว การพูด การควบคุมลิ้น ต่างกัน ทำให้ความสามารถในการกลืนต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและสมองชาย 2 โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 - วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2564 จำนวน 2 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจากผู้ป่วย ญาติ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และเวชระเบียนประวัติการรักษา โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำมาเปรียบเทียบและสรุปอภิปรายผล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 36 ปี ได้รับการวินิจฉัย Intracerebral Hemorrhage at Left basal

ganglia ผู้ป่วยซึม E2V2M5 แขน-ขาขวา weak เกรด 0 ความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถ Off Endotracheal tube หลังผ่าตัด Day 3 ประเมินการกลืนไม่พร้อมฝึก หลังผ่าตัด Day 4 มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองและชักเกร็งซ้ำ เสี่ยงปอดอักเสบจากภาวะกลืนลำบาก ได้ให้การพยาบาลดังนี้ การ monitor สัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท การประเมินการกลืน ไม่พร้อมฝึก ทำให้ต้องใส่สายยางกระเพาะอาหารทางจมูกเพื่อให้อาหารปั่น การฟื้นฟูการกลืน และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จ หลังผ่าตัดใน Day 16 ถอดสายยางให้อาหารได้ก่อนกลับบ้าน นอนโรงพยาบาล 22 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 57 ปี ได้รับการวินิจฉัย Intracerebral Hemorrhage at Left basal ganglia ผู้ป่วยซึม E4V1M5 แขน-ขาขวา weak เกรด 1 ความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดสมองแบบเจาะรูที่กะโหลกศีรษะ Day 26 ประเมินการกลืนไม่พร้อมฝึก มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ เสี่ยงปอดอักเสบจากภาวะกลืนลำบาก ได้ให้การพยาบาลดังนี้ การ monitor สัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท การประเมินการกลืน ไม่พร้อมฝึก ทำให้ต้องใส่สายยางกระเพาะอาหารทางจมูกเพื่อให้อาหารปั่น ได้รับการฟื้นฟูการกลืน ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ยังต้องใส่สายยางให้อาหาร ส่งฝึกกลืนและฟื้นฟูการกลืนต่อบ้านอย่างต่อเนื่อง สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้านใน Day 7

การเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศชาย อายุ 36 ปี สถานภาพโสด อาชีพพนักงานบริษัท ผู้ดูแลมารดา และพี่สาว	เพศชาย อายุ 57 ปี สถานภาพคู่ อาชีพรับจ้าง ผู้ดูแลภรรยาและบุตร
วันที่เข้ารับการรักษา	28 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เวลา 0.41 น	12 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เวลา 11.46 น
วันที่จำหน่าย	19 สิงหาคม พ.ศ. 2563	14 มกราคม 2564 เวลา 11.40 น
อาการสำคัญ	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชักเกร็ง หดสติ	4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเป็นลม วูบ หดสติ
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ ชักเกร็ง หดสติญาติเรียกรถ 1669 นำส่งโรงพยาบาล แกร็บ E2V2M5	4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลอาการเป็นลม วูบ หมดสติแขนขาข้างขวาไม่มีแรง เรียกไม่รู้สีกตัว ญาตินำส่งแกร็บ E4V1M5
การวินิจฉัยโรค	Intracerebral Hemorrhage at left basal ganglia hemorrhage	Intracerebral Hemorrhage at left basal ganglia hemorrhage
การรักษา	Craniotomy with clot removal	Burr hole with clot removal
การพยาบาล Acute Care	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูง	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูง
	การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองและ ชักเกร็งซ้ำ (Re-Bleeding)	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ (Re-Bleeding)
	เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจ	เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากเคลื่อนไหวได้น้อย

การพยาบาล Intermediate Care	เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก(Aspirate pneumonia) ประเมินการกลืนไม่พร้อมฝึก หลังผ่าตัด Day 4	เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก(Aspirate pneumonia) ประเมินการกลืนไม่พร้อมฝึก หลังผ่าตัด Day 6
	การเคลื่อนไหวบกพร่อง กล้ามเนื้อแขนและขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 0 ปรี ก ษ า นั ก กาย ภาพ บำ บั ด ฝึ ก Ambulationหลังผ่าตัด Day 6	การเคลื่อนไหวบกพร่อง กล้ามเนื้อแขนและขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 1 ปรี ก ษ า นั ก กาย ภาพ บำ บั ด ฝึ ก Ambulationหลังผ่าตัด Day 8

การเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การพยาบาล Intermediate Care	ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง การสื่อสาร บกพร่องพูดเป็นคำๆ ฝึกกลืนหลังผ่าตัด Day 16	ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง การสื่อสารบกพร่อง พูดออกเสียงไม่ชัด ฝึกกลืน Day 26
	เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แขนและ ขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 0	เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แขนและขาข้างขวา อ่อนแรง เกรด 1
การพยาบาล Long Term Care	ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เรื่องโรค และอาการตลอดจนการดูแลผู้ป่วย	ญาติผู้ป่วยมี ความวิตกกังวล เรื่องโรคและ อาการตลอดจนการดูแลผู้ป่วย
	ขาดความรู้ทักษะการปฏิบัติตัวก่อน กลับบ้าน	ขาดความรู้ทักษะการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

การศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์
การ วินิจฉัยโรค	Intracerebral Hemorrhage at Left Basal ganglia	Intracerebral Hemorrhage at Left Basal ganglia	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยโรคเลือดออกในเนื้อสมอง ตำแหน่ง Left basal ganglia จากภาวะความดันโลหิตสูง (hypertensive hemorrhage) เกิดพยาธิสภาพที่ Left Basal ganglia ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติไม่สัมพันธ์กัน การ กระตุ้นของแขนขาเช่นการบิดเกร็งของกล้ามเนื้อ การสูญเสีย ความรู้สึกของแขนขาค้นตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิด การปวดผิดปกติ ปวดไม่ชัด ซึ่งทำให้เกิด อาการกลืนลำบาก ดังนั้นเมื่อมีความเข้าใจการวินิจฉัยโรค จะนำไปสู่การวินิจฉัย การพยาบาลได้อย่างตรงประเด็น ดังนี้ ภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มี อาการผิดปกติทางระบบประสาทการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ แขนและขาข้างขวาอ่อนแรงทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเสี่ยง ต่อการเกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ และการสื่อสาร บกพร่องพูดออกเสียงไม่ชัดเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการ สำลัก(Aspirate pneumonia) ได้

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
ตำแหน่ง พยาธิสภาพ อาการและ อาการ แสดง	Intracerebral Hemorrhage at Left Basal ganglia อาการชักเกร็ง หมดสติ	Intracerebral Hemorrhage at Left Basal ganglia มาด้วย เป็นลม วูบ หมดสติ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพที่ตำแหน่ง left basal ganglia เป็น Primary hemorrhagic stroke จากภาวะความดันโลหิตสูง (hypertensive hemorrhage) แต่มาโรงพยาบาลด้วย Neurologic deficit ที่แตกต่างกันบ่งบอกถึงความรุนแรงที่แตกต่างกันผู้ป่วยกรณีศึกษาราย ที่ 1 มาด้วยอาการชักเกร็งหมดสติ แรกรับ E2V2M5 coma score 9 คะแนน พยาธิสภาพที่ตำแหน่งเดียวกันแต่อาการ Neurologic deficit แตกต่างกัน ทำให้การดำเนินของโรคที่มี Neurologic deficit ชักเกร็งมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เสี่ยงต่อการเลือดออกและชักเกร็งซ้ำ ต้องมีการเฝ้าระวังการประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง พยาบาลประเมิน early warning sign of IICP ผู้ป่วยมีภาวะ IICP ได้รับการรักษาโดยผ่าตัด craniotomy ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2 E4V1M5 coma score 10 คะแนน ไม่มี Neurologic deficit ชักเกร็ง มีการเฝ้าระวังการประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท ทุก 2-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะ IICP ซึมลง E3V1M5 ปลุกตื่นช้าลง ได้รับการรักษาโดยผ่าตัด Burr hole with clot removal ดังนั้นในระยะ Acute Care พยาบาลจึงต้องมีการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง (IICP) โดยการประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทตามความรุนแรงและความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ภาวะ IICP ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีชั่วโมงการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง (IICP) ประเมิน early warning sign of IICP ความถี่และความห่างที่แตกต่างกัน การเฝ้าระวังไม่เกิดความเสี่ยงและความรุนแรง มีผลต่อการรักษาผ่าตัดได้ทันทั่วทั้งที่ส่งผลทำให้การฟื้นฟูได้เร็วขึ้น

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
ปัจจัยเสี่ยงที่ ทำให้เกิด โรคหลอดเลือด สมอง			ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงอายุที่แตกต่างกัน อายุที่ มากขึ้นการเกิดอุบัติการณ์เป็นโรคหลอดเลือดในสมองมากขึ้น โดยพบเพิ่มขึ้น 2 เท่าตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 ปี โรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (stroke in the young) จาก สาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูงและ ไขมัน
-อายุ	-36 ปี	-57 ปี	เพศชายมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 44-76 และมีอัตราการตายที่สูงกว่าด้วย
-เพศ	-ชาย	-ชาย	
ความดัน โลหิตสูง	-โรคความดัน โลหิตสูง	-ไม่เคยตรวจ ร่างกาย	การควบคุมระดับความดันโลหิตจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด ในสมองได้สูง
-ไขมันใน เลือดสูง	-Cholesterol =217 mg/dl	Cholesterol = 141 mg/dl	ไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดใน สมอง เนื่องจากจะทำให้เกิดการอุดตันของไขมันในหลอดเลือด ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดที่ช้าลงและการไหลเวียนไม่สะดวก
-การดื่มสุรา	-ดื่มสุราและ เบียร์ อาทิตย์ ละ 3 ครั้ง	-ดื่มสุราและ เบียร์ อาทิตย์ ละ 3 ครั้ง	การดื่มสุรา เป็นปัจจัยทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง ทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง และการไหลเวียนไม่สะดวก
การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	สูบบุหรี่ ยา เส้น วันละ 4-5	บุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนแคทีโคลา มิน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว ความดันเลือดสูงขึ้น มีการจับตัวกันของหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้เลือดหนืดขึ้น
โรคอ้วน	อ้วน น้ำหนัก 90 กก.	มวน \	ค่า BMI ที่แปลผลได้ว่าเริ่มอ้วนในระดับที่ 1 (BMI ปกติอยู่ที่ 18.6-22.9 กก/ม ²) ซึ่งผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ซม. เส้น รอบเอวมมากกว่า 90 ซม. ในผู้ชาย
		ผอม	ดังนั้นการพยาบาล ระยะ Long Term Care คือการป้องกันไม่ให้ เป็นกลับซ้ำ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคประจำตัว ความดัน โลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่เน้น

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์
	สูง = 190 ซม BMI = 24.9 กก/ม ²	น้ำหนัก 52 กก. สูง = 170 ซม BMI = 17.99 กก/ม ²	การควบคุมน้ำหนัก และงดดื่มสุราผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เน้นงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา จะส่งเสริมการฟื้นฟูไม่ให้เป็นกลับซ้ำได้

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์
การรักษา	Craniotomy with remove blood clot	Burr Hole with irrigate blood clot	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายในระยะ Acute Care มีการรักษาที่แตกต่างกันเรื่องการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการผ่าตัดสมอง Craniotomy with remove blood clot มีการตรวจประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs: V/S) สัญญาณทางระบบประสาท (Neurological Signs : N/S) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก ๆ 1 ชั่วโมงและเมื่อ V/S , N/S เปลี่ยนแปลง ถ้าพบ Early Warning Sign of IICP ได้แก้ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย สับสน แขนขาอ่อนแรง เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์ จากการประเมิน Early Warning Sign of IICP พบความดันโลหิตสูงขึ้นถึง 220 /118 mmHg และ MAP =151 mmHg แพทย์พิจารณาผ่าตัด Craniotomy ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดสมอง Burr Hole with irrigate blood clot มีการตรวจประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs : V/S) สัญญาณทางระบบประสาท (Neurological Signs : N/S) ทุก 2-4 ชั่วโมงและเมื่อ V/S , N/S เปลี่ยนแปลง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
			ถ้าพบ Early Warning Sign of ICP ได้แก่ ซึมลง ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย สับสน แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์ จากการประเมิน Early Warning Sign of ICP พบอาการ ซึมลง E3V1M5 ปลุกตื่นช้าลง แพทย์พิจารณาผ่าตัด Burr Hole จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายแสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้พบ Early Warning Sign of ICP รายงานแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่าตัดทันที ทำให้รอดชีวิตและสามารถฟื้นฟูได้เร็ว

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
1.เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะชักเกร็งและเลือดออกในสมองซ้ำ	1.เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันในระยะวิกฤต 1).การประเมิน Glasgow coma score (GCS) 2)ประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs : V/S) สัญญาณทางระบบประสาท (Neurological Signs : N/S) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก ๆ 1 ชั่วโมง และเมื่อ V/S, N/S เปลี่ยนแปลง พบ Early Warning Sign of ICP รายงานแพทย์ทันที 3)จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ศีรษะและลำคออยู่ในแนวตรง สะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา

เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจและพร่องออกซิเจน	เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจผิดปกติ	4) ประเมินอาการชักเกร็ง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ 5) ประเมินการหายใจ เหนื่อย หายใจแบบ Cheyne Stroke หรือ Hyperventilation ซึ่งเป็น Early Warning Sign of IICP รายงานแพทย์ทันที
เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ		ดังนั้นจะเห็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงกว่าหลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ Bird Respiator ทำให้เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มดูแลทำความสะอาดช่องปาก ตรวจสอบความดันกระเปาะใส่ลมของท่อทางเดินหายใจให้อยู่ระหว่าง 20-30 เซนติเมตรน้ำ ให้ดูดน้ำลาย ในปาก ก่อนดูดเสมหะในท่อ หลอดลมคอทุกครั้ง ประเมินการหายใจและพยายาม wean Bird Respiator และ O2 การเฝ้าระวังประเมิน Early Warning Sign of IICP ไม่มีชักเกร็งและภาวะเลือดออกในสมองซ้ำและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ใส่ใส่ท่อช่วยหายใจ แต่จะเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจผิดปกติต้องมีประเมินการหายใจและการเฝ้าระวัง Early Warning Sign of IICP เช่นกัน

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์
ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	เสี่ยงต่อภาวะ ปอดอักเสบ จากการกลืน ลำบาก เสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรก ซ้อนเกิดแผล กดทับข้อยึด ติด ญาติผู้ป่วยมี ความวิตก กังวล เรื่อง โรคและ อาการ ตลอดจนการ ดูแลผู้ป่วย ได้รับการ วางแผน จำหน่ายมี ความพร้อม ในการดูแล ผู้ป่วยเมื่อ กลับบ้าน	เสี่ยงต่อภาวะ ปอดอักเสบจาก การกลืนลำบาก เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เกิดแผลกด ทับ ข้อยึดติด ญาติผู้ป่วยมี ความวิตกกังวล เรื่องโรคและ อาการตลอดจน การดูแลผู้ป่วย ได้รับการ วางแผน จำหน่าย มี ความพร้อมใน การดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับบ้าน	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายในระยะ Intermediate Care มีการประเมินการกลืนดังนี้ 1) ประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัว ตื่น มากกว่า 15 นาที และประคองศีรษะในท่าศีรษะตรงได้ 2) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำลาย ได้ 3) ประเมินความสามารถในการควบคุมน้ำลาย ไม่มีน้ำลายไหลจากมุมปาก 4) ประเมินความแข็งแรงและความสามารถในการใช้ลิ้น โดยให้ผู้ป่วยสามารถแลบลิ้นออกมานอกปาก และใช้ลิ้นแตะริมฝีปากบนและล่าง ซ้ายและขวาได้ 5) ประเมินความสามารถการไอ หรือกระแอมในลำคอได้ 6) ประเมินคุณภาพเสียงของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเปล่งเสียง อา ไอ 7) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำ ได้ 8) ประเมินความสามารถในการรับประทานโจ๊กข้น และปรับลักษณะของอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ประเมินการกลืนหลังผ่าตัด Day 4 ไม่พร้อมฝึกเมื่อประเมินต่อไปเป็นระยะมีความสามารถทรงตัวทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ สามารถบริหารกลืนเนื้อริมฝีปากและลิ้นได้มีReflexการไอ สามารถเปล่งเสียงได้ จึงฝึกกลืนสำเร็จหลังผ่าตัด Day 16 กรณีศึกษารายที่ 2 ประเมินการกลืน หลังผ่าตัด Day 6 ไม่พร้อมฝึก เมื่อประเมินต่อไปเป็นระยะพบว่าสามารถทรงตัวได้น้อย

			สามารถบริหารกล้ามเนื้อริมฝีปาก ลิ้นได้น้อย และการควบคุมกล้ามเนื้อลิ้นได้น้อย จึงฝึกกลืนหลังผ่าตัด Day 9 ไม่สำเร็จ แต่มีการฝึกกลืนต่อเนื่องสามารถฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้าน ใน Day 7 การพยาบาลผู้ป่วยกลืนลำบากจะต้องประเมินการกลืนและการฝึกกลืน โดยการทรงตัวและการออกเสียงได้ต่างกัน ทำให้เห็นถึงความสามารถในการกลืนต่างกัน
--	--	--	--

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

แนวปฏิบัติการกลืน	กรณีศึกษา ที่ 1	กรณีศึกษา ที่ 2	วิเคราะห์
1.การประเมินระดับความรู้สติ : GCS	E2V2M5 ฝึกกลืน Day 4 ไม่สำเร็จ	E4V1M5 ฝึกกลืน Day 6 ไม่สำเร็จ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 GCS= 9 คะแนน ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 GCS= 10 คะแนน GCSใกล้เคียงกัน จากระดับความรู้สติตัวลดลง ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้ คะแนน $GCS \leq 13$ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการสำคัญสูง
2. ประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัว	แขนขาขวา Grade 0 แขนขาซ้าย Grade 3 Ambulation หลังผ่าตัด Day 6 นั่งทรงตัว ได้ใน Day 16	ขาข้างขวา Grade 1 แขนขาข้างซ้าย Grade 3 Ambulation หลังผ่าตัด Day 8 นั่งทรงตัว ได้ใน Day 26	ความสามารถในการนั่งทรงตัว ขึ้นมากกว่า 15 นาที และประคองศีรษะในท่าศีรษะตรงได้ ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 ความสามารถในการนั่งทรงตัว ได้เร็วกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 จึงสามารถฝึกกลืนได้เร็วกว่า
3.ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำลาย	Day 16	Day 26	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 สามารถทำตามคำสั่งได้เร็วกว่า จึงสามารถฝึกกลืนน้ำลายได้เร็วกว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ไม่พบกลืนช้าหลายครั้ง
3.1ความสามารถในการควบคุมน้ำลาย	Day 16	Day 26	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 ควบคุมกล้ามเนื้อลิ้นได้ดีกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ฝึกบริหาร

ไม่มีน้ำลายไหลจากมุมปาก			กลืนเนื้อริมฝีปากและลิ้น ไม่มีน้ำลายไหลจากมุมปาก
-ความสามารถในการใช้กลืนเนื้อลิ้น	Day 16	Day 26	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 พูดได้ชัดกว่า ฝึกเปล่งเสียง อา โอ อี ลา ลา ลา ได้เร็วกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษา 2
-ความสามารถในการรับประทานอาหาร ก่อนจำหน่าย	-รับประทานอาหารได้เอง	On NG Feeding	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 รับประทานอาหารได้เอง ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 On NG Feeding
-การติดตามหลังจำหน่าย	ฝึกกลืนได้สำเร็จใน Day 16	ฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้าน Day 7	ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 ฝึกกลืนได้สำเร็จใน Day 16 ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ฝึกกลืนได้สำเร็จหลังกลับบ้าน Day 7

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
ความพิการที่หลงเหลืออยู่	-Right facial palsy -Right hemiplegia -E4V5M6 แขนขาข้างขวา เคลื่อนไหวได้ เกรด 2 แขนขาข้างซ้าย	-Right facial palsy -Right hemiplegia -dysphagia -aphasia -E4V5M6 แขนขาข้างขวา เคลื่อนไหวได้ เกรด 0-1	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายในระยะ Long Term Care มีภาวะพิการที่หลงเหลือเหมือนกันแต่ระดับแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 มี Right facial palsy เหลือน้อย เนื่องจากผู้ป่วยได้ฝึกบริหารกลืนเนื้อปากและลิ้นได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่า จึงฟื้นฟูสภาพได้เร็วกว่า มี Right hemiplegia ที่ฟื้นตัวเร็วได้รับการฝึกการทรงตัว ฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยคือ walker และสามารถเดินได้ในเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยรายที่ 2 มี Right facial palsy ชัดเจนและฟื้นตัวได้ช้ากว่า ยังมีอาการพูดไม่ชัดและกลืนลำบาก พยุงตัวบนเตียงและนั่งรถเข็นนั่งได้ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในระยะ Long Term Care ก็มีความสำคัญในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน การเพิ่ม

	เคลื่อนไหวได้ ระดับเกรด4-5 -รับประทาน อาหารฝึก กลืนได้เอง	แขนขาข้างซ้าย เคลื่อนไหวได้ ระดับเกรด 3-4 On NG Feed อาหารปั่น เริ่มรับประทาน อาหารฝึกกลืน ได้บ้าง	คุณภาพชีวิต ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงมีการให้ความรู้ Care giver ในการประเมินการกลืนต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดการสำลักการ บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ควบคุมความดันโลหิต งดการ สูบบุหรี่และดื่มสุรา มีการออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย และมีการดูแลต่อเนื่องโดยการส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อ เตรียมจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยใช้แนวทาง D- METHOD เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1 เน้นการ ควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร งดอาหารเค็ม อาหารมัน และงดดื่มสุรา ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่2 เน้นงดสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร งดอาหารเค็ม และงดดื่มสุรา จะ ส่งเสริมการฟื้นฟูไม่ให้เป็นกลับซ้ำได้
--	--	---	--

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ในระยะ **Acute Care** เฝ้าระวัง Early Warning Sign of IICP ในระยะ Intermediate Care ประเมินการกลืนและการฝึกกลืน ในระยะ Long Term Care การฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหว จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาทการทรงตัว การพูด การควบคุมลื่นจะมีภาวะกลืนลำบาก และ ทำให้ความสามารถในการกลืนได้เร็วช้าแตกต่างกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประเมินการกลืนและการฝึกกลืน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักปอดอักเสบ ลดการเกิดของผู้ป่วยติดเชื้อ ดังนั้นการประเมินการกลืน

และฝึกกลืนจึงเป็นสิ่งสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

ข้อเสนอแนะ

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พยาบาลต้องมีทักษะและปฏิบัติ การประเมินการกลืน การฝึกกลืนทุกราย เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ ลดการเกิดของผู้ป่วยติดเชื้อ และมีการประเมินการกลืนและฝึกกลืนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

ดิษยา รัตนกรและคณะ.(2554). *Current Practical Guide to Stroke Management*. กรุงเทพฯ : สหวิทยาการพิมพ์.

นฤมล นามวงษ์. (2561). *ผลของโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก*. (วิทยานิพนธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย).

พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง .(2560). *คู่มือชุดรายการอาหารไทยสำหรับผู้มีภาวะกลืนลำบากในพรสวรรค์โพธิ์สว่าง บรรณาธิการ*. คำแนะนำอาหารสำหรับผู้มีภาวะกลืนลำบาก .สำนักพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) .

มนันชยา กองเมืองปัก (บรรณาธิการ) (2560). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล . ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลแผนกการพิมพ์ : กรุงเทพฯ.*

ยงชัย นิละนนท์. (2560). *โรคหลอดเลือดสมอง*. ใน มณธีรา มณีรัตนะพร, นัฐพล ฤทธิชัยมัย และ ศิริสกุล จิราภรณ์ (บรรณาธิการ). *อายุรศาสตร์ทันใจ*. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล.

รุ่งทิวา ชอบชื่น.(2557). *บทบาทพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 29, 13-15.

เวชระเบียนผู้ป่วยใน.(2563). *งานสถิติผู้ป่วย*. โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอมราช.

ศิรินาฏ สอนสำนึก , กุสุมา คุวานันตัมฤธี และสุปริดา มั่นคง . (2560). *ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจต่ออุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ*. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 23 (3), 284-297.

Edmiaston,J.,Connor,L.T.,Loehr,L.,Steger -May, K.&Ford,A.L.(2014) A SimpleBedside dysphagia screen , validate against videoflooroscopy, defects dysphagia and aspiration with high sensitivity. *Journal of stroke and Cerebrovascular Disease* , 23(4), 712-716.

วงล้อประเมินดัชนีมวลกาย เด็กอายุ 7-18 ปี

ชนะ โพธิ์ทอง, ศ.บ.*

บทคัดย่อ

นวัตกรรมวงล้อประเมินดัชนีมวลกาย เด็กอายุ 7-18 ปี จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินดัชนีมวลกายของเด็กอายุ 7-18 ปี ทำให้ เด็ก ครู หรือผู้ปกครอง สามารถแปลผลน้ำหนักและส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะโภชนาการได้ โดยได้พัฒนามาจากเครื่องคำนวณดัชนีมวลกายหรือ BMI CALCULATOR ของผู้ใหญ่ ประดิษฐ์โดยใช้การแทนค่าสมการทางคณิตศาสตร์ทำให้สามารถคำนวณหาสแกนของเด็กที่ไม่เคยมีใครทำมาก่อนมาทำเป็นเครื่องคำนวณดัชนีมวลกาย เด็กอายุ 7-18 ปี ได้ และได้นำค่าการแปลผลดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในการแปลผลดัชนีมวลกายของเด็กอายุ 7-18 ปี โดยแปลผลตามอายุและเพศ (BMI FOR AGE)

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม ผู้ประดิษฐ์ได้นำวงล้อประเมินดัชนีมวลกายเด็กอายุ 7-18 ปี ทดสอบกับเด็กกลุ่มอายุ 7-18 ปี ทดสอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น แล้วนำไปทดสอบอีกครั้งกับนักเรียนจำนวน 100 คน สรุปผลมีความพึงพอใจในการใช้งาน ร้อยละ 88

วงล้อประเมินดัชนีมวลกายเด็กอายุ 7-18 ปี นี้ เป็นนวัตกรรมที่ช่วยให้เด็ก ครู หรือผู้ปกครอง สามารถแปลผลการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงได้ด้วยตนเอง ทำให้ทราบภาวะโภชนาการ สามารถป้องกันแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการได้ในเบื้องต้น สถานศึกษาหรือหน่วยงานด้านสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินภาวะโภชนาการของเด็กได้อย่างง่าย สะดวก และประหยัด

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย โภชนาการ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

E-mail: chana41@gmail.com

BMI Calculator For Age 7-18 Years

Chana Phothong, B.P.H.

Abstract

The innovative BMI wheel for children aged 7-18 was created as a tool to assess BMI for children aged 7-18, enabling teachers to interpret weight and height results to assess nutritional status. Developed from an adult body mass index calculator or BMI CALCULATOR, the invention uses mathematical representations to calculate a child's scan that has never been done before as a body mass index calculator. -18 years of age, and the World Health Organization's BMI Interpretation was used to interpret the BMI of children aged 7-18 years by age and gender. (BMI FOR AGE)

Innovative performance testing The inventor took the wheel to assess the body mass index of children aged 7-18, tested on children aged 7-18, tested with public health officials and improved. Then it was tested again with 100 students. The results were satisfied with the use of 88 percent.

This BMI wheel for children 7-18 years old is an innovation that allows children, teachers to interpret weight and height measurements by themselves. to know the nutritional status can prevent and solve nutritional problems in the first place Educational institutions or public health agencies It can be used to assess the nutritional status of children easily, conveniently and economically.

Keywords: body mass index nutrition

บทนำ

ภาวะการเจริญเติบโตจึงเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการที่ดีตัวหนึ่ง การประเมินภาวะการเจริญเติบโตที่นิยมใช้กันมากคือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เนื่องจากเป็นวิธีการที่ทำได้รวดเร็ว ง่าย ไม่ต้องใช้ผู้ชำนาญการ แต่การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงที่ทำอยู่ทั่วไปยังไม่สามารถให้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตได้อย่างเต็มที่ ถ้าไม่สามารถแปลผลการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงให้กับ เด็ก ครู หรือผู้ปกครองว่า น้ำหนักที่ชั่ง ส่วนสูงที่วัด มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตหรือภาวะโภชนาการอย่างไร

การประเมินภาวะโภชนาการ เราสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป การประเมินภาวะโภชนาการของเด็กและผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน ผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ส่วนสูงเปลี่ยนแปลงไม่มาก จึงใช้การประเมิน ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index หรือ BMI) มาประเมินหาความสัมพันธ์ของน้ำหนักกับส่วนสูง ซึ่งเป็นการแสดงถึงสภาวะสุขภาพในด้านโภชนาการ มีสูตรในการคำนวณ คือ ดัชนีมวลกาย(BMI) = น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(เมตร)² หรือจะใช้เครื่องคำนวณดัชนีมวลกายหรือ BMI CALCULATOR มาใช้ในการประเมินก็ได้ โดยเครื่องคำนวณดัชนีมวลกาย มีใช้กันแพร่หลายโดยทั่วไป

ส่วนเด็ก จะมีการเปลี่ยนแปลงการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำคู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิงในการเปรียบเทียบการเจริญเติบโตของเด็กไทย โดยมีรูปแบบการนำเสนอข้อมูลเกณฑ์อ้างอิง 2 รูปแบบคือ รูปแบบตัวเลขข้อมูล (reference data) และรูปแบบของกราฟการเจริญเติบโต (growth chart) แต่การนำคู่มือ แนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูงมาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการมีความยุ่งยากเนื่องจากมีตัวเลขมาก มีความละเอียด การใช้งานต้อง

เปิดคู่มือหรือไปเทียบกราฟการเจริญเติบโต จึงไม่เหมาะกับบุคคลทั่วไป หรือเด็กที่ทำการชั่งน้ำหนักหรือวัดส่วนสูง เพราะมีความยุ่งยากซับซ้อน

ดังนั้นผู้ประดิษฐ์จึงได้นำ เครื่องคำนวณดัชนีมวลกายหรือ BMI CALCULATOR ที่ใช้กับผู้ใหญ่มานำประดิษฐ์เป็นวงล้อประเมินดัชนีมวลกายสำหรับเด็กอายุ 7-18 ปี เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ แต่เนื่องจากเราไม่ทราบที่มาของสเกลที่ใช้คำนวณค่าดัชนีมวลกาย(BMI) ว่ามีที่มาอย่างไร เมื่อวิเคราะห์สเกลน้ำหนัก และส่วนสูง BMI CALCULATOR ของผู้ใหญ่ แล้วพบว่า สเกลไม่มีความสัมพันธ์กันแบบอนุกรมเลขคณิตหรืออนุกรมเลขาคณิต แต่เราทราบว่า สูตรการคำนวณ ค่าดัชนีมวลกายคือ ดัชนีมวลกาย(BMI) = น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(เมตร)² ซึ่งแปลงเป็นสมการ คือ $A = B/C^2$ เป็นที่ทราบกันดีว่าสมการ คือการเท่ากันของจำนวน ทั้งสองข้าง เมื่อเราทราบค่าจำนวน 2 ค่า เราจะทราบ ค่าที่ 3 ดังนั้น ผู้ประดิษฐ์ จึงใช้หลักการของการแทนค่า-ย้ายข้าง ในสมการ มาจัดทำสเกลส่วนสูง ที่ต่ำกว่า 140 ซม. น้ำหนักที่ต่ำกว่า 40 กก.(ซึ่งเป็นน้ำหนักตัวและส่วนสูงของเด็กอายุ 7-18 ปี) ที่ไม่มีในเครื่องคำนวณดัชนีมวลกายของผู้ใหญ่ มาจัดทำเป็นสเกลคำนวณค่าดัชนีมวลกายของเด็ก

สำหรับการแปลผลค่าดัชนีมวลกายที่ได้ว่า น้ำหนักมีความสัมพันธ์กับส่วนสูงอย่างไร สมส่วน ผอมหรืออ้วนเกินไปนั้น ผู้ประดิษฐ์ได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์การอนามัยโลก ได้ใช้ค่าดัชนีมวลกาย เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเด็ก อายุ 5 -19 ปี มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 (BMI For Age 5-19 Years) ผู้ประดิษฐ์ จึงนำค่าดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในการแปลผลดัชนีมวลกายของเด็กอายุ 7-18 ปี โดยแปลผลตามอายุและเพศ เพื่อใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ 7-18 ปี

อย่างไรก็ตาม วงล้อประเมินดัชนีมวลกายเด็กอายุ 7-18 ปี นี้ เหมาะสำหรับการประเมินภาวะ

โภชนาการ เบื้องต้น เพื่อให้เด็ก ครู หรือผู้ปกครอง สามารถประเมินได้ เป็นการประเมินภาวะโภชนาการที่ง่าย สะดวก ประหยัด ซึ่งการประเมินโดยละเอียดที่ต้องทำโดยคุณครู หรือบุคลากรทางสาธารณสุขยังคงต้องใช้กราฟการเจริญเติบโตของกระทรวงสาธารณสุขหรือคู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูง ต่อไปเพื่อความละเอียดในการประเมิน

วัตถุประสงค์

1. ประดิษฐ์เครื่องมือประเมินดัชนีมวลกายสำหรับเด็กอายุ 7-18 ปี เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ
2. เพื่อให้เด็ก ครู ผู้ปกครอง สามารถแปลผล น้ำหนักและส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นได้

วิธีการพัฒนานวัตกรรม



รูปที่ 1 BMI CALCULATOR



รูปที่ 2 BMI CALCULATOR แยกชิ้นส่วน

4. ใช้โปรแกรมกราฟฟิค (Illustrator) ทำสเกล ตามแบบ เครื่องคำนวณดัชนีมวลกายหรือ BMI CALCULATOR ที่สแกนได้ จะได้โครงร่าง สเกลเครื่องคำนวณดัชนีมวลกายของผู้ใหญ่

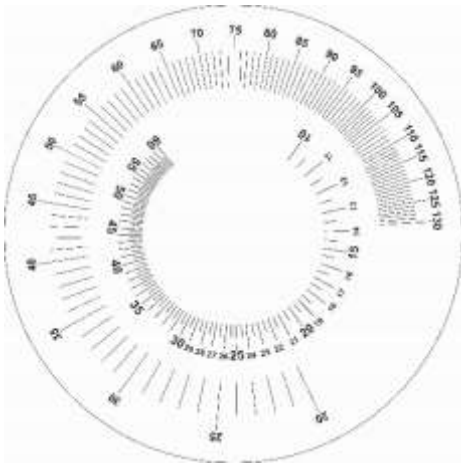
1. ทบทวนวรรณกรรม การประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก การประเมินดัชนีมวลกาย(BMI)

2. จัดทำตารางดัชนีมวลกาย(BMI)โดยคำนวณจากโปรแกรม Excel ที่ความสูง 120 – 210 ซม. และน้ำหนัก 20-120 กก. เพื่อเป็นเครื่องมือในการหาสเกล น้ำหนักที่ต่ำกว่า 40 กก.และความสูงที่ต่ำกว่า 140 ซม.

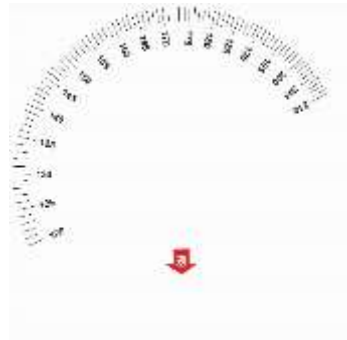
3. นำเครื่องคำนวณดัชนีมวลกายหรือ BMI CALCULATOR ที่มีจำหน่ายในท้องตลาด(ขนาด 7 ซม.) มาแยกชิ้นส่วนวงนอกและวงในออก นำไปสแกนลงเครื่องคอมพิวเตอร์ จะได้สเกลน้ำหนักตั้งแต่ 40-120 กก. และค่าดัชนีมวลกาย (วงใหญ่) และได้สเกลส่วนสูงตั้งแต่ 140-210 ซม.(วงเล็ก) เพื่อเป็นต้นฉบับในการหาสเกลของเด็ก

5. ใช้หลักการแทนค่าในสมการ $A = B/C^2$ หา สเกล น้ำหนักที่ต่ำกว่า 40 กก. จนถึง 20 กก. และหาสเกล ส่วนสูง ที่ต่ำกว่า 140 ซม. จนถึง 120 ซม. คือ เมื่อเรารู้ค่า BMIและความสูงว่าเท่าไร เราก็จะทราบค่าน้ำหนัก หรือ เมื่อเรารู้ค่า BMIและน้ำหนักว่าเท่าไร เราก็จะทราบความ

สูง ลากเส้นสเกลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใส่ตัวเลข น้ำหนัก ส่วนสูง จะได้สเกลน้ำหนัก 20-120 กก. และ ส่วนสูง 120-210 ซม.



รูปที่ 3 สเกลน้ำหนักใหม่



รูปที่ 4 สเกลส่วนสูงใหม่

6.ตัดสเกลที่ไม่ใช่ออก คือสเกลที่ใช้กับผู้ใหญ่ เช่น น้ำหนัก 91-210 กก. ส่วนสูง 201-210 ซม. เพื่อให้วงกลม มีพื้นที่ว่างด้านล่างสำหรับใส่ข้อมูลการแปลผลค่าดัชนี มวลกาย(BMI)

7.นำข้อมูลการแปลผลค่าดัชนีมวลกายของ องค์การอนามัยโลกมาใส่ตรงที่ว่างด้านล่างวงใหญ่ เป็น ค่าดัชนีมวลกาย(BMI) แยกตามอายุ 7-18 ปี และเพศชาย- หญิง นำค่าการแปลผลว่าผอม มาตรฐาน และอ้วนและ วิธีปฏิบัติตัว ใส่ไว้ด้านล่างตาราง

8.ใส่ข้อมูลชื่อ วงล้อประเมินดัชนีมวลการเด็กอายุ 7-18 ปี วิธีใช้ เพื่ออธิบายวิธีใช้ และใส่ โลโก้เพื่อความ สวยงาม

9.นำไฟล์ที่ได้ไปปรี้นเป็นสติกเกอร์เพื่อไปติดบน วัสดุวงกลม ข้อ 10.

10.ตัดแผ่นวัสดุ(พลาสติกหรืออะคริลิก)เป็นวงกลม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 55 ซม. เพื่อติดสติกเกอร์แผ่น ใหญ่ และตัดแผ่นอะคริลิกใสเป็นวงกลม เส้นผ่าศูนย์กลาง ขนาด 35 ซม.เพื่อติดสติกเกอร์แผ่นเล็ก (สัดส่วนขยายจากเครื่องคำนวณดัชนีมวลกายหรือ BMI CALCULATOR)



รูปที่ 5 วงใหญ่เมื่อทำเสร็จแล้ว



รูปที่ 6 วงเล็กเมื่อทำเสร็จแล้ว

11. นำแผ่นวัดวงกลมทั้งสองแผ่นมาประกบกันขึ้นด้วยสกรูยึดตรงกลาง เจาะช่องแผ่นอะคริลิกใส (ตัดสติกเกอร์ตรงช่องเปิดออก) จะมองเห็นค่า ดัชนีมวลกาย(BMI) ที่ติดอยู่ที่วงกลมแผ่นใหญ่ด้านล่าง



รูปที่ 7 นำวงใหญ่และเล็กมาประกบกัน



รูปที่ 8 ภาพขยายการแปลผล BMI

12. วิธีใช้ หมุนวงล้อให้ส่วนสูงตรงกับน้ำหนัก แล้วอ่านค่าดัชนีมวลกายตรงลูกศรชี้ คูอายุและนำค่าดัชนีมวลกายมาแปลผลในตาราง
งบประมาณที่ใช้ 1,500 บาท

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

1. ผู้ประดิษฐ์นำวงล้อประเมินดัชนีมวลกายเด็กอายุ 7-18 ปี ทดสอบกับเด็กกลุ่มอายุ 7-18 ปี จำนวน 5 คน

และนำผลการทดสอบมาปรับปรุงเพื่อให้ผู้ใช้เข้าใจและใช้งานง่าย สะดวกมากขึ้น

2. ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 3 คน ทดสอบ

และดูความถูกต้องของเนื้อหาและหลักวิชาการ

3. นำไปให้นักเรียน จำนวน 100 คน ทดลองใช้สรุปผลการประเมินความพึงพอใจ ร้อยละ 88

ประโยชน์/การนำไปใช้/ผลสำเร็จของนวัตกรรม

วงล้อประเมินดัชนีมวลกายเด็กอายุ 7-18 ปี นี้เป็นนวัตกรรมที่เข้ามาช่วยให้เด็ก ครู หรือผู้ปกครองสามารถแปลผลการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงได้ด้วยตนเอง ทำให้ทราบภาวะโภชนาการ สามารถป้องกันแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะโภชนาการเกินได้ในเบื้องต้น สถานศึกษาหรือหน่วยงานด้านสาธารณสุข สามารถนำไปใช้กับนักเรียนได้ เช่น ติดไว้ที่โรงเรียน ห้องปฐมพยาบาลในโรงเรียนห้องพลศึกษาหรือห้องอื่นๆ หรือที่ โรงพยาบาลและรพ.สต. เมื่อเด็กชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงแล้ว ก็มาหมุนวงล้อประเมินดัชนีมวลกาย จะสามารถแปลผลการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของตนเองได้ว่าตนเองอยู่ในระดับใดผิดปกติหรือไม่ ตลอดจนได้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

หน่วยงานที่นำผลงานประดิษฐ์ไปใช้ประโยชน์

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า และโรงพยาบาลบางปลาม้า

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบางปลาม้า จำนวน 17 แห่ง

3. โรงเรียน ในเขตอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10 โรงเรียน

4. โรงเรียน ในเขตอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 5 โรงเรียน

กิตติกรรมประกาศ

1. รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ระดับภาค ในการนำเสนอผลงานวิชาการ สาขานวัตกรรม โดยชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ภาคกลาง วันที่ 31 กรกฎาคม 2562

2. รางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยม ระดับประเทศ ประเภตนวัตกรรม(Innovation) โดยสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย วันที่ 4 กันยายน 2562

3. คำขอจดสิทธิบัตร(กรมทรัพย์สินทางปัญญา) เลขที่ 1903002057 วันที่ 13 สิงหาคม 2562





วิธีใช้

1. หมุนวงล้อให้ส่วนสูงตรงกับน้ำหนักแล้วอ่านค่าตรงลูกศรชี้
2. คูอายุแล้วนำค่าดัชนีมวลกาย(BMI) มาแปลผลในตาราง

เอกสารอ้างอิง

- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2543). คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กไทย. กรุงเทพฯ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2542). เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัด ภาวะโภชนาการของประชาชนไทย. กรุงเทพฯ.
- ดร.นพ.ประสงค์ เทียนบุญ. (2547). ดัชนีมวลกายในกุมารเวชศาสตร์. วารสารโภชนาบำบัด, 15(3), 149-156.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง ชั้น ม.1- ม.6. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- องค์การอนามัยโลก (2007). BMI For Age 5-19 Years. สืบค้นเมื่อ 19 มิถุนายน 2562 จากวิกิพีเดีย https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 30 25 ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี

พัชรินทร์ มณีพงศ์, วท.ม.*

วลัยพร สิงห์จ้อย วท.ม.**

สัญญา สุขจำ คศ.ม.***

เพชรน้อย ศรีผดผ่อง ปร.ค.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 30 25 ซึ่งได้แก่ อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 10 อำเภอของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 632 คน เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 30 25 พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 45 – 54 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร มีความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพ 30 25 ระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นตรงทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=1.00$, $p=.000$) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม 30 25 ทั้ง 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นเส้นตรงทางบวกไปในทิศทางเดียวกันระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ประชาชน ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม 30 25

*, **, *** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

**** นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

E-mail: pacharin71@hotmail.com

The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors 3E-2S in people , Suphanburi Province

Pacharin maneepong, M.S.

Walaiporn Singjuy, M.S.

Sanya Sookham, M.H.Econ.

Petchnoi Sriputphong, Ph.D.

Abstract

This Correlational research design aimed to study the level of health literacy among Suphanburi people, and analyze the relationship among health literacy and health behaviors 3E-2S regarding diet, exercise, emotional health, no smoking, no alcohol drinking. Sample consisted of 632 people aged 15 years old and over in 10 subdistrict, Suphanburi province. The tool used to collect information on the research questionnaire obtained from developed by Health Education Division, Ministry of Public Health regarding health literacy and health behaviors, used for people aged 15 years and over (revised in 2018). Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

Results showed that the most of people were female. Aged 45-54 year, elementary education, agriculturist, had middle level of health literacy (73.42%) regarding diet, exercise, emotional health, no smoking, no alcohol drinking. However, most of them (69.30%) had a middle level of health behaviors. Health literacy was positively correlated with health behavior at high level ($r=1.00, p=.000$) Results from this study can be used as a guideline for enhancing health literacy policy emphasizing health behaviors .

Keywords: People Health Literacy Health Behavior 3E-2S

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ (NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศไทย ได้คร่าชีวิตประชากรไทยราว 320,000 คนต่อปี และพบว่าร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) องค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี พ.ศ.2574 ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจจำนวน 23 ล้านคน และในปี 2560 ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โรคเบาหวาน 2,653,679 คน โรคความดันโลหิตสูง 5,581,116 คน โรคหัวใจขาดเลือด 188,604 คน และโรคหลอดเลือดสมอง 220,272 คน จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 69,054, 129,801, 22,728 และ 33,354 คน ตามลำดับ และพบว่าแนวโน้มของผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2555 - 2559 (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561)

สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง คือ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และไม่เพียงพอ ความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา พฤติกรรมการบริโภคของคนไทยมีการปรับเปลี่ยนไปจากอดีตอย่างมาก เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่อยู่ สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตในการเลือกซื้ออาหาร โดยใน

สังคมเมืองประชาชนจะให้ความสำคัญกับอาหารที่สะดวกต่อการบริโภคทั้งในด้านการหาซื้อ ด้านการปรุงแต่งและด้านการบริโภค ดังนั้นอาหารจานด่วน (fast food) จึงเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันซึ่งอาหารกลุ่มดังกล่าว มีปริมาณไขมัน โซเดียมและโปรตีนสูง จากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เอื้อต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ทำให้คนไทยมีอัตราเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสูงขึ้น โดยเฉพาะ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการป่วยของกลุ่มผู้ป่วยในต่อแสนประชากร จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี 2560 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ อัตราป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด 572.61 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน 241.47 ต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง 102.88 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมอง 186.43 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือด 75.19 ต่อแสนประชากร และโรคไตวายเรื้อรัง 64.70 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2561)

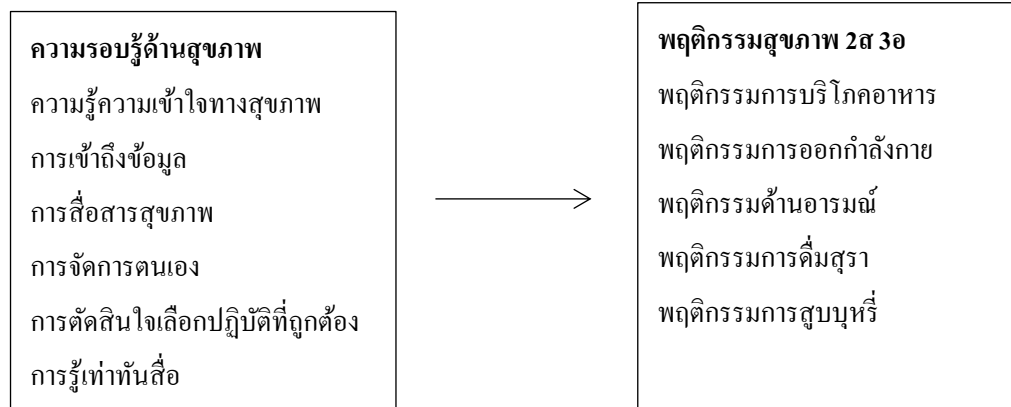
จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ยังไม่พบข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้) มีเพียงการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี ประจำปีงบประมาณ 2560 ของกองสุขศึกษา กรมอนามัย ที่พบว่ามีเพียงร้อยละ 5.5 ของประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ระดับดีมาก (กองสุขศึกษา กรมอนามัย, 2560) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของประชาชนจังหวัด

สุพรรณบุรี ผลการวิจัยข้อมูลดังกล่าวจะสนับสนุนการออกแบบและวางแผนการดำเนินการทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ สำหรับสร้างความรอบรู้สุขภาพและการสื่อสารสุขภาพให้กับประชาชน ซึ่งจะเป็นส่วนเติมเต็มในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 25 ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 25 ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้กรอบแนวคิดของ

Nutbeam D. ที่เสนอ “conceptual model of health literacy as a risk” โดยได้เสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam D. ,2008)

พฤติกรรมสุขภาพ 30 25 ใช้แนวทางของกอง

สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการสูบบุหรี่

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 30 25 ของประชาชนจังหวัด

สุพรรณบุรีของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป จังหวัด
สุพรรณบุรี โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนอายุ
15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 550,651

คน เป็นหญิง 290,470 คน และชาย 260,181 คน การ
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวน
ประชากรที่แน่นอน (Daniel W.W., 1995)

$$\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สูตร } n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

โดยที่	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	
	N	แทน	ขนาดของประชากรที่ทราบแน่นอนใช้จำนวนประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2561 จำนวน 550,651 คน	p
		แทน	ค่าสัดส่วนของประชากร ประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ขึ้นไป เท่ากับ 0.406 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)	
	1-p	แทน	ค่าสัดส่วนของประชากร ประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ขึ้นไป คำนวณจาก 1 - 0.406 = 0.594	
	Z α /2	แทน	ค่าความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% (Z α /2= 1.9588)	
	e	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าเป็น 4%	

เมื่อแทนค่าตามสูตรจะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 579 คน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเท่ากับ 600 คน เก็บ
ข้อมูลจากแบบสอบถามได้ 632 คน

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม

โครงการวิจัย (Inclusion Criteria)

- 1.1 มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
- 1.2 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
- 1.3 ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อ
การให้ข้อมูล
- 1.4 ให้ความร่วมมือและยินดีให้ข้อมูล

2. เกณฑ์ถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย

(Exclusion Criteria)

- 2.1 ไม่สามารถให้ข้อมูลครบตามแนว
ทางการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถามที่กำหนด
ไว้
- 2.2 ย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงเวลาที่
ทำการศึกษา
- 2.3 มีปัญหาสุขภาพในระหว่างการให้ข้อมูล

3 เกณฑ์ยุติโครงการวิจัย (Discontinuation Criteria)

ผู้ให้ข้อมูลขอเลิกและถอนตัวออกจากการศึกษา เนื่องจากไม่สบายใจและอึดอัดใจในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส และส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.5 – 1 และผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงจากสูตร Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสืออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ถึงสาธารณสุขอำเภอเพื่อขอความร่วมมือในการรวบรวมเก็บข้อมูล ในการจัดเตรียมพื้นที่และสถานที่ในการเก็บข้อมูล โดยใช้ทีมเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ผ่านการชี้แจงทำความเข้าใจแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว เมื่อเก็บแบบสอบถามเสร็จในแต่ละชุด จะมีหัวหน้าทีมตรวจความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถามในแต่ละฉบับอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ประกอบด้วย (1) สถิติ

พรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และ (2) การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

การพิทักษ์สิทธิ

งานวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลในทุกขั้นตอนของการวิจัย และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว (COA No.29/63 วันที่รับรอง 29 กันยายน 2563)

ผลการศึกษา

ประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.16 อายุ 45 – 54 ปี ร้อยละ 27.85 อายุเฉลี่ย 52.64 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 66.30 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.84 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 57.75 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.63 อ่านหนังสือได้คล่อง ร้อยละ 65.03 เขียนหนังสือได้คล่อง ร้อยละ 62.03 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว พอใช้บางเดือน ร้อยละ 45.89

ประชาชนส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.42 ระดับสูง ร้อยละ 14.87 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.71 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ มีระดับปานกลาง คือร้อยละ 73.89, 75.63, 68.04, 74.05, 76.27 และ 69.15 ตามลำดับ

มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.30 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.08 พฤติกรรมการดื่มสุรา ไม่เคยดื่ม/หยุดดื่มแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.72 พฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่า 11 มวนต่อวันร้อยละ

58.87 และพฤติกรรมด้านอารมณ์ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.86

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ศ. พบว่ามีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นตรงทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 1.00$, $p = .000$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ศ. (n=632)

ตัวแปร	M	SD	r	p
ความรู้ด้านสุขภาพ	84.99	22.65	1.00**	.000
พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ศ.	85.00	22.65		

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ศ. พบว่าความรู้สุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง

ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นเส้นตรงทางบวกไปในทิศทางเดียวกันระดับสูง ($r = .630^*$, $.756^*$, $.566^*$, $.646^*$, $.541^*$, $.828^*$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value} = .000$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ศ. (n=632)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
ความรู้ความเข้าใจ	1	.630*	.756*	.566*	.646*	.541	.828*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการ		1	.583*	.439	.551*	.472*	.792*
ทักษะการสื่อสาร			1	.565*	.653*	.568*	.817*
ทักษะการตัดสินใจ				1	.691*	.513*	.756*
ทักษะการจัดการตนเอง					1	.818*	.898*
การรู้เท่าทันสื่อ						1	.788*
พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ศ.							1

อภิปรายผล

ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึงมีความรอบรู้ในระดับที่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส มีความสามารถพึ่งตนเองและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เกิดจากประชาชนเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ง่าย จากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี มีการกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่ทุกหน่วยงานนำไปปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรม โดยผลงานในปีงบประมาณ 2563 จังหวัดสุพรรณบุรีมีจำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย จำนวน 30,072 ครอบครัว จากเป้าหมาย 18,484 ครอบครัว ร้อยละ 162.69 เมื่อจำแนกเป็นรายองค์ประกอบ พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ มีระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ อารี แร่ทอง (2562) ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 3อ 2ส ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านกรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพอใช้ต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ร้อยละ 68.84 รองลงมา คือระดับไม่ดี ร้อยละ 30.6 และระดับดีมาก ร้อยละ 6.56 ตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งในเขตเมืองนิยมความสะดวกสบายในการบริโภคอาหาร ไม่นิยมทำอาหารรับประทานเอง ซึ่งเทคโนโลยีเข้ามามีผลต่อพฤติกรรมอาหารของประชาชนมากขึ้น โดยเฉพาะแอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหาร ที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทาง และทำให้การเข้าถึงร้านอาหารเป็นไปอย่างง่ายดาย จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2563) พบว่าวัยรุ่นและเยาวชนไทย เลือกซื้ออาหารจากความชอบมากที่สุด ร้อยละ 27.7 โดยคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารเพียงร้อยละ 8.1 และในภาคกลางยังนิยมบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดจากประเทศตะวันตกอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 54.6 สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีประชาชนถึงร้อยละ 35.03 ที่ออกกำลังกายในระดับต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 45-54 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2563) พบว่าเพศหญิงออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ และเพศหญิงอายุ 13-24 ปี ออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 10.7 และกลุ่มอายุ 25-44 เป็นกลุ่มที่เล่นกีฬาและออกกำลังกายมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม 15-24 ปี , 45-59 ปี น้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) ในส่วนของพฤติกรรมด้านอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นสังคมเมืองกึ่งชนบท ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์ชีวิตประจำวันไม่มีความเร่งรีบ กดดัน จนเกิดความเครียด สอดคล้องกับข้อมูลของจังหวัดสุพรรณบุรี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน ในปี 2561-2563 เท่ากับ 4.01 , 7.21 และ 6.86 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามียอตราที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับอัตราของประเทศไทย

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบร้อยละ 19.62 ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2563) ที่พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบในระดับประเทศ ปีพ.ศ. 2560 คือร้อยละ 19.1 และยังพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในระดับประเทศมีแนวโน้มลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปี ซึ่งจำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำมีจำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันลดลง คงเหลือ 10 มวนต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประชากรที่สูบบุหรี่เป็นประจำของจังหวัดสุพรรณบุรี สูบน้อยกว่า 11 มวนต่อวัน ในด้านพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าประชากรส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มหรือหยุดดื่มมาแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มักดื่มสุราจากการชักชวนของเพื่อน เวลาว่างประเพณีต่าง ๆ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านคือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นเส้นตรงทางบวก ไปในทิศทางเดียวกันระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ ประไพพิศ สิงหเสน (2562) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 30 2ส ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 30 2ส ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.508, P < .01$) และมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทั้ง 6 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ,0.05 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ถึงระดับปานกลาง (r ระหว่าง .192 -.516) ดังนั้นหากต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หน่วยงานสาธารณสุขควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาชุมชน ฯ ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทำให้เกิดทักษะสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เพราะปัจจัยดังกล่าวนี้ ล้วนมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนตามแนวคิด 30 2ส

ข้อเสนอแนะ

1. ประชาชนส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรกำหนดนโยบายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส เป็นประเด็นมุ่งเน้นที่สำคัญ อาศัยกลไกในรูปแบบคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ

กำหนดตัวชี้วัด มีการควบคุม กำกับ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และเป็นรูปธรรม

2. เสริมสร้างองค์ความรู้แก่นุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เกี่ยวกับกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้มีอิทธิพลทางความคิด และประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งองค์ความรู้ที่ให้แก่ประชาชน ควรจัดเป็นชุดความรู้ที่เหมาะสมตามกลุ่มอายุ และบริบทของพื้นที่ และเผยแพร่ผ่านช่องทางที่หลากหลาย อาทิเช่น สื่อสังคมออนไลน์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560).

ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ประจำปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561).

รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

ประไพพิศ สิงหเสม,พอเพ็ญ ไกรนรา,วรรัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์, 11(1), 37-51.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). สุขภาพคนไทย 2563

3. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ในภาพรวมของประชาชน อยู่ระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการออกกำลังกายยังอยู่ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ สามารถพัฒนาให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุนให้ประชาชนออกกำลังกาย โดยสร้างแกนนำในการออกกำลังกาย จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย สร้างต้นแบบจากคนในครอบครัว หรือสังคม ส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนแรงจูงใจจากกลุ่มเพื่อน และจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น สถานที่ ประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุ และบริบทของพื้นที่

:สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 1.

นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561).

รายงานสถานการณ์โรค NCD พ.ศ. 2561 เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรและกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. สืบค้น 5 มีนาคม 2563, จากวิกิพีเดีย <http://www.thaincd.com>.

สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562).

รายงานสถานการณ์โรค NCD พ.ศ. 2562 เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรและกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. สืบค้น 5 มีนาคม 2563, จากวิกิพีเดีย <http://www.thaincd.com>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2561).

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2561. ม.ป.ท.: ม.ป.ท.

สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558.กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร*. สืบค้น 14 กุมภาพันธ์ 2564, จากวิกิพีเดีย <http://www.nso.go.th>.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาลัยมหิดล. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2561*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารี แร่ทอง. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 30 2ส ของอาสาสมัครประจำ*

หมู่บ้าน กรณีศึกษาดำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*; 15(3), 62-70.

Daniel, W.W. (1977). *Marriage and family Development*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67 (12), 72-78

คุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

เนติยา แจ่มทิม, ศษ.ค.*

จารุวรรณ สอนงญาติ, ศษ.ค.**

ลักขณา ศิริถิกุล, ประ.ค.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาคุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาล 4 แห่งตามภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ วิทยาลัยฯ ละ ๑๐-๑๕ คน โดยการสุ่มแบบการเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่าคุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพมี 17 คุณลักษณะ คือ 1) คุณลักษณะทางกาย 2) คุณลักษณะทางบุคลิกภาพ 3) คุณลักษณะทางสังคม 4) คุณลักษณะส่วนบุคคล 5) คุณลักษณะด้านความรู้ 6) คุณลักษณะด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน 7) คุณลักษณะด้านวิชาชีพ 8) คุณลักษณะทางแรงจูงใจ 9) คุณลักษณะทางทักษะ 10) คุณลักษณะด้านการบริหาร 11) คุณลักษณะด้านคุณธรรมจริยธรรม 12) คุณลักษณะด้านภาวะผู้นำ 13) คุณลักษณะด้านความสามารถที่จะสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น 14) คุณลักษณะด้านความสามารถในการวางแผนการทำงาน 15) คุณลักษณะด้านความสามารถในการทำงานกับชุมชน 16) คุณลักษณะด้านความสามารถในฐานะผู้นำด้านศาสนา วัฒนธรรมและจริยธรรม และ 17) คุณลักษณะด้านทัศนคติ

ข้อเสนอแนะหน่วยงานต้นสังกัด ควรนำคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้บริหารสถานศึกษา และใช้ในการพิจารณาประกอบการตัดสินใจคัดเลือกผู้บริหารสถานศึกษาต่อไป ผู้บริหารสถานศึกษานำคุณลักษณะผู้นำที่ค้นพบไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณลักษณะของผู้บริหารสถานศึกษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : คุณลักษณะผู้นำ

*,** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

**Desired leader characteristics College of Nursing Under the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok
Institute.**

Netiya Jaemtim, Ed.D.

Jaruwan Sanongyard, Ed.D.

Lakana Siratirakul, Ph.D.

Abstract

This research is quantitative research to study the desirable leadership characteristics of nursing colleges under the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute of Thailand. The sample consisted of nursing teachers from 4 nursing colleges by region. By random sampling in a chain use the unstructured interview. Analyze data by content analysis.

The research results were the research revealed that 17 traits of effective leadership were 1) physical traits 2) personality traits 3) social traits 4) personal traits 5) knowledge traits 6) practice ability, job 7) professional characteristics 8) motivation characteristics 9) skill characteristics 10) administrative characteristics 11) moral and ethical characteristics 12) leadership characteristics 13) ability to be able to work with others 14) ability to plan work 15) leadership characteristics ability to work with the community 16) competence as a religious leader culture and ethics and 17) attitude characteristics.

Recommendations from the agency desirable leadership qualities obtained from this research should be used as a guideline for the development of school administrators. And used in further consideration in making decisions on the selection of school administrators school administrators apply the characteristics of the found leaders to further develop the characteristics of effective school administrators.

Keywords: Leader Characteristics

บทนำ

การเจริญเติบโตของความสัมพันธภาพทางเศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี และวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน หน่วยธุรกิจ และรัฐบาลทั่วทั้งโลก ผลจากการพัฒนาการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมขนส่งและเทคโนโลยีสารสนเทศ อันแสดงให้เห็นถึงความเป็นโลกาภิวัตน์คือการแพร่กระจายไปทั่วโลก การที่ประชาคมโลกไม่ว่าจะอยู่ ณ จุดใด สามารถรับรู้ สัมพันธ์ หรือรับผลกระทบจากสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว กว้างขวาง เพื่อตอบสนองปรากฏการณ์ของสังคมโลกที่เกิดขึ้นในส่วนหนึ่งของโลกและส่งผลกระทบต่ออันรวดเร็ว และสำคัญต่อส่วนอื่นๆของโลก ในส่วนของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้มีการก่อตั้งประชาคมอาเซียนขึ้น เพื่อส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างประเทศในภูมิภาค ดำรงสันติภาพ เสถียรภาพและความมั่นคงทางการเมือง สร้างสรรค์การเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจ การพัฒนาทางสังคมและวัฒนธรรมและการกินดีอยู่ดีของประชาชนบนพื้นฐานความเสมอภาคและผลประโยชน์ร่วมกันของสมาชิก การศึกษามีความสำคัญในการขับเคลื่อนประชาคมอาเซียน เป็นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพแข่งขันได้ในระดับสากล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องหลากหลายด้านที่ส่งผลให้โลกเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์อันเป็นยุคของสังคมฐานความรู้ การจัดการศึกษาในแผนการจัดการศึกษาประกอบด้วยการจัดการศึกษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ เพื่อให้ประชากรได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึงภายในปี พ.ศ.2558 อันจะนำไปสู่การขจัดความไม่รู้หนังสือในภูมิภาค ส่งเสริมให้มีการจัดการศึกษาภาคบังคับ จัดการศึกษาให้กับประชาชนทุกเพศอย่างเท่าเทียม โดยปราศจากความเหลื่อมล้ำทางสังคมเชื้อชาติ ภูมิประเทศและความบกพร่องทางร่างกาย สำหรับประเทศไทยแนวคิดหลักของการปฏิรูปการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดบทบาทการ

ดำเนินการด้านต่างประเทศเชิงรุก โดยเน้นการกระชับความสัมพันธ์และการขยายความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน และภายในภูมิภาคเอเชียภายใต้กรอบความร่วมมือด้านต่างๆ โดยเฉพาะกรอบความร่วมมือด้านการศึกษาเป็นรากฐานสำคัญในการขับเคลื่อนความเจริญรุ่งเรือง

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ตามมาตรา 28 ได้กำหนดให้มีการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นการศึกษาที่มีความมุ่งหมายเฉพาะที่จะพัฒนาวิชาการ วิชาชีพขั้นสูงและการค้นคว้า วิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการศึกษาระดับอุดมศึกษาจำเป็นต้องมีการปฏิรูปเพื่อให้เกิดการพัฒนาในทุกด้านทั้งด้านวิชาการ วิชาชีพ และการสร้างองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาสังคม สถาบันอุดมศึกษาจึงต้องปรับระบบการบริหารให้มีคุณภาพมากขึ้นทั้งในด้านบุคคล ทรัพย์สิน การเงินและงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีระบบการบริหารจัดการที่ดี เพื่อส่งผลให้องค์การของตนเองเป็นองค์กรที่มีคุณภาพมาตรฐานและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของสถาบันอย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาคุณภาพการศึกษามีเป้าประสงค์หลักคือการพัฒนาคณาให้มีความรู้ ความสามารถเป็นคนเก่ง และเป็นคนดี พร้อมทั้งจะใช้ชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้วิถีชีวิตไทยที่สามารถแข่งขันกับคนอื่น ๆ ได้จะต้องมีกลไกการสร้างคนที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การสร้างสังคมการเรียนรู้ให้เกิดขึ้น บุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ คือผู้บริหารสถานศึกษาเพราะต้องเป็นผู้นำและผู้แสวงหาความร่วมมือจากบุคลากร ชุมชน องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถานประกอบการ สถาบันศาสนาและสถาบันสังคมอื่นๆ ร่วมกันจัดและพัฒนาการศึกษาอย่างต่อเนื่องและมั่นคง บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การจัดการศึกษาให้มี

ประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่นปัจจัยด้านสถานศึกษา ปัจจัยด้านครู ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหาร และปัจจัยพฤติกรรมความเป็นผู้นำของผู้บริหาร เนื่องจากสถานศึกษาที่มีประสิทธิภาพสมบูรณ์ ต้องมีความก้าวหน้าที่ดี มีมาตรฐานสูง นักเรียนมีความก้าวหน้าในการเรียนและประสบผลสำเร็จสูง สถานศึกษาที่มีประสิทธิผลสูงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมความเป็นผู้นำทั้งด้านวิชาการ และพฤติกรรมการบริหารการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหาร ดังนั้นภาวะผู้นำจะเป็นตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการที่ก่อให้เกิดประสิทธิผลของโรงเรียน ส่วนฮอยและมิสเกล (Hoy and Miskel, 2013) ให้แนวคิดที่ว่า ประสิทธิผลของโรงเรียนประกอบด้วย การสร้างบรรยากาศในโรงเรียน สร้างขวัญแรงใจในการทำงานของครู หลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนมีคุณภาพ และคุณภาพภาวะผู้นำของผู้บริหาร ซึ่งความสำเร็จของโรงเรียนขึ้นอยู่กับความเป็นผู้นำของผู้บริหาร ในการบริหารบุคลากร การเงินและการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น โดยผู้บริหารจะต้องโยงมาสู่พฤติกรรมการบริหารในรูปแบบต่างๆ เช่นการวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม จะเห็นได้ว่าผู้บริหารจะใช้ภาวะผู้นำเพื่อบริหารงานในสถานศึกษาให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นองค์การทางการศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่กำลังปรับตัวเพื่อให้เข้ากับกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคปัจจุบัน ต้องผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เน้นกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติฉบับ พ.ศ.2552 ต้องครอบคลุมอย่างน้อย 6 ด้านคือ 1.ด้าน

คุณธรรม จริยธรรม 2. ด้านความรู้ 3. ด้านทักษะทางปัญญา 4. ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5. ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6.ด้านทักษะพิสัย

ภาระหน้าที่ตามมาสำหรับวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก คือ จำเป็นต้องพัฒนาบทบาทของตนเอง ขึ้นเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในทุกๆด้าน อันจะส่งผลให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นด้วยสถาบันอุดมศึกษาที่มีคุณภาพจะต้องเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีคุณลักษณะอย่างเดียวกับอุดมศึกษาชั้นนำ คุณภาพเป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับบริบทเป็นเรื่องของประสิทธิผลหรือระดับของการทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่เหมาะสมทางการศึกษาบรรลุผล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีต้องเร่งพัฒนาตนเอง เพื่อให้องค์การดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

การบริหารหน่วยงาน ผู้บริหารเป็นบุคคลสำคัญที่จะเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงาน เช่นเดียวกันผู้บริหารสถานศึกษาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและมีส่วนรับผิดชอบอย่างใกล้ชิดต่อการศึกษา เพื่อที่จะให้การศึกษาเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะความสำเร็จทางการบริหารสถานศึกษาขึ้นอยู่กับผู้บริหารเป็นสำคัญ

ปัญหาของการวิจัย

จากบทบาทหน้าที่ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ภาวะผู้นำ เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้องค์การดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เพื่อให้ทันการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายในด้านการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศ

ต่างๆในโลก ประเทศไทยมีความจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับภายนอก ที่มีความเป็นพลวัตตลอดเวลาในเรื่องของการศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นควรมีแนวทางในการดำเนินงานในสถาบันการศึกษา ที่จะขับเคลื่อนไปสู่ทิศทางของอาเซียนได้อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

จากสภาพความเป็นมาและปัญหาของการวิจัยดังที่ได้กล่าวข้างต้นเพื่อให้มีความชัดเจนในการตอบคำถาม ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารที่มีบทบาทในการสนับสนุนการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2. เพื่อนำเสนอคุณลักษณะภาวะผู้นำผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพ ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ข้อคำถามของการวิจัย

1. คุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารอย่างไรที่มีบทบาทในการสนับสนุนการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาคุณลักษณะผู้นำและภาวะผู้นำโดยศึกษาจากหลักการ ทฤษฎี เอกสารต่างๆ รวมทั้งศึกษาสภาพการปฏิบัติงานจริงในวิทยาลัยพยาบาลและสัมภาษณ์อาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อได้มาซึ่งคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวคิดของนักวิชาการหลายคนรวมถึงจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีทางการบริหารการศึกษาและบริบทของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกด้วย

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังนำความคิดเห็นอาจารย์ผู้สอนในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกที่ได้จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหาร วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตการวิจัยใน 2 ประเด็นหลักดังนี้

1. ขอบเขตเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตในการศึกษาเชิงเนื้อหาตามตัวแปรที่ศึกษา คือ คุณลักษณะผู้นำ

2. ขอบเขตเชิงประชากร

ประชากรในการวิจัยเป็นอาจารย์ประจำของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

คุณลักษณะผู้นำของผู้บริหาร หมายถึง สิ่งที่ใช้ให้เห็นความดี หรือลักษณะประจำตัวของผู้บริหารสถานศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยเชิงเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ที่มีการศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ศึกษาสภาพการณ์โดยไม่มีการทดลอง (the one shot, non experimental case study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์และเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีเพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำรา วารสารบทความ ตลอดจนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 สำหรับการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของคุณลักษณะผู้นำของวิทยาลัยพยาบาลที่มี

ประสิทธิภาพในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ใช้ประชากรจากวิทยาลัยพยาบาล 4 ภาค

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้โดยการสุ่มแบบการเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยการแนะนำของหน่วยตัวอย่างที่ได้เก็บข้อมูลไปแล้วจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ

เลือกอาจารย์จากวิทยาลัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

1. อาจารย์ด้านการสอนที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 5 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interviews)

ขอหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสัมภาษณ์ไปยังวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ได้ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล สำหรับนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่และประสบการณ์ในการทำงานในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ด้วยการคำนวณค่าความถี่ ค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์แบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรม

ราชชนก จำนวน 40 คน เป็นหญิง เป็นร้อยละ 95 เป็นคิดร้อยละ 5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 จระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 32 มีรายได้อยู่ในช่วง 30001-40000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้ 17 คุณลักษณะ ดังนี้

คุณลักษณะที่ 1 คุณลักษณะทางกาย ได้แก่ ลักษณะภูมิฐาน มีลักษณะสง่างาม รูปร่างสมส่วน ดูแลตนเองอย่างดี

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “ภูมิฐาน สง่างาม น่าเกรงขาม รูปร่างสมส่วน อ่อนโยน มีความยืดหยุ่น เฉลียวฉลาด มีความฉลาดทางอารมณ์” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 2 คุณลักษณะทางบุคลิกภาพ ได้แก่ บุคลิกภาพที่ดี น่าเคารพยกย่อง แต่งตัวเรียบร้อยดูดี มีสุนทรียสนทนา อ่อนน้อม มีเหตุผล ทำทางเป็นมิตร สุขภาพจิตดี

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหาร พึงประสงค์ คือ “อ่อนโยน หนักแน่น มีเหตุผล ไม่เชื่อคนง่าย น้ำเสียงร่าเริง เป็นมิตรมีความเข้าใจ สนุกไม่เจ้ากี้เจ้าการ แต่งตัวดี มีอารมณ์ขัน ไม่ออกคำสั่ง อ่อนน้อม น่าเกรงขาม พูดตรงๆ ทำทางเป็นมิตร เป็นกันเอง” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 3 คุณลักษณะทางสังคม ได้แก่ เป็นผู้กว้างขวาง เป็นแบบอย่างที่ดี สามารถเข้าสังคมได้ดี นำชื่อเสียงที่ดีให้สถาบัน สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี ไม่เห็นแก่ตัวทำงานเฉพาะหน้าได้ดี ไม่เห็นแก่ตัวทำงานเพื่อส่วนรวม ไม่แบ่งแยกชนชั้น

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “รู้จักคนเยอะ ร่วมมือกับทั้งภาครัฐและเอกชน” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 4 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เป็นคนใจกว้าง เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความฉลาดทางอารมณ์ มีความรับผิดชอบสูง เกลี้ยกล่อม ไม่เคร่งครัด พบปะนักศึกษาบ่อยๆ มีปฏิภาณไหวพริบ พูดอย่างที่ทำ ทำอย่างที่ทำ อุดหนุนสูง

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “รับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความอดทนสูง” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 5 คุณลักษณะด้านความรู้ ได้แก่ มีความรู้ในเรื่องเทคโนโลยีและสารสนเทศ พัฒนาตนเองตลอด มีความรู้ทันสมัยไม่หยุดนิ่ง ทันเหตุการณ์ มี IQ ดี เก่ง รอบรู้ ความรู้ระดับปริญญาตรีและโท มีความรู้ในวิชาชีพและการศึกษา มีการเผยแผ่ความรู้สู่สาธารณะ ผู้นำทางวิชาการ ความรู้ด้านกฎหมาย และรักความก้าวหน้า

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “มีความรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศ ต้องพัฒนาตนเองอยู่ตลอด” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 6 คุณลักษณะด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้แก่ มีความยืดหยุ่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความคิดใหม่ๆ และมีความเข้าใจในการทำงาน

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 7 คุณลักษณะด้านวิชาชีพ ได้แก่ มีความรู้ในวิชาชีพ มีความเชี่ยวชาญในสาขาพยาบาลและการบริหาร และมีประสบการณ์ในกรทำงาน

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “ต้องรู้ในวิชาชีพพยาบาล” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 8 คุณลักษณะทางแรงจูงใจ ได้แก่ สร้างแรงจูงใจ มีการสนับสนุนการทำงาน สร้างและส่งเสริมความสามัคคี สนับสนุนให้ลูกน้องร่วมมือกันทำงานและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “สร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 9 คุณลักษณะทางทักษะ ได้แก่ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ดี แก้ไขสถานการณ์ได้ดี แก้ไขปัญหาได้ดี ตัดสินใจเก่ง มีทักษะในการสื่อสาร มีทักษะในการนำเสนอข้อมูลที่ทันสมัย เป็นปัจจุบัน มีทักษะให้คำแนะนำ ติดตามประเมินผล และมีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีทักษะในการสื่อสาร” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 10 คุณลักษณะด้านการบริหาร ได้แก่ สามารถนำพองค์กรให้ก้าวหน้า สามารถแข่งขันกับผู้อื่นได้ พัฒนาองค์กรให้ทำให้หน่วยงานอื่น นำพาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ มีความสามารถในการบริหารจัดการ มีการกำหนดนโยบาย มีการวางแผนในการทำงาน บริหารงานเก่งทั้งงบประมาณและบุคคล มอบภาระงานไม่หนักเกินไป มีการสั่งงานผ่านหัวหน้างาน ไม่แบ่งพรรคพวก และมีสวัสดิการที่ดี

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “บริหารจัดการดี มีการผ่านงานมาที่หัวหน้าอีกที” (อาจารย์ กรกฤตาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 11 คุณลักษณะด้านคุณธรรมจริยธรรม ได้แก่ มีคุณธรรมจริยธรรม ไม่คดโกง มีความซื่อสัตย์ สุจริต ไม่ทุจริต ไปงัดตรวจสอบได้ เมตตา กรุณา มีทศพิธราชธรรม เสียสละ มีความยุติธรรม ความเป็นกลางให้การสนับสนุนลูกน้องเท่าๆ กัน

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “คุณธรรมจริยธรรม มีความยุติธรรม” (อาจารย์ กรกฏาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 12 คุณลักษณะด้านภาวะผู้นำ ได้แก่ มีภาวะผู้นำ เป็นผู้นำในการทำงาน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีวิสัยทัศน์ที่ดี มองการณ์ไกล เปิดโอกาส และสนับสนุนให้ลูกน้องได้ทำงานอย่างอิสระ คอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา มีทักษะการบริหารที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ ไม่กล่าวโทษลูกน้อง

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “มีภาวะผู้นำ มีวิสัยทัศน์ที่ดี” (อาจารย์ กรกฏาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 13 คุณลักษณะด้านความสามารถที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้แก่ เปิดรับความคิดเห็นใหม่ๆ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับทุกหน่วยงาน ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นได้ดี มีเครือข่าย มีการตกลงทำความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศ ไม่ยุ่งการเมือง และเข้าใจผู้ร่วมงาน

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับทุกหน่วยงาน มีการตกลงทำความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น” (อาจารย์ กรกฏาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 14 คุณลักษณะด้านความสามารถในการวางแผนการทำงาน ได้แก่ สนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ มีการวางแผนระยะสั้น ระยะยาว และมีหลักเกณฑ์

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “สนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ มีการวางแผนระยะสั้น ระยะยาว” (อาจารย์ มินาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 15 คุณลักษณะด้านความสามารถในการทำงานกับชุมชน ได้แก่ ต้องทำงานร่วมกับชุมชน และเป็นคนในท้องถิ่น

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “ต้องทำงานร่วมกับชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ ได้” (อาจารย์ กรกฏาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 16 คุณลักษณะด้านความสามารถในฐานะผู้นำด้านศาสนา วัฒนธรรม และจริยธรรม ได้แก่ มีธรรมะประจำใจ เป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิต และมีความพอเพียง

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “มีธรรมะประจำใจ” (อาจารย์ กรกฏาคม, 2563)

คุณลักษณะที่ 17 คุณลักษณะด้านทัศนคติ ได้แก่ มองโลกกว้างขวาง มีทัศนคติที่ดี และมีประชาธิปไตย

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ คือ “ประชาธิปไตย” (อาจารย์ กรกฏาคม, 2563)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารที่พึงประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนการทำงานของบุคลากรมีทั้งหมด 17 คุณลักษณะ คือ 1)คุณลักษณะทางกาย 2) คุณลักษณะทางบุคลิกภาพ 3) คุณลักษณะทางสังคม 4) คุณลักษณะส่วนบุคคล 5) คุณลักษณะด้านความรู้ 6) คุณลักษณะด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน 7) คุณลักษณะด้านวิชาชีพ 8) คุณลักษณะทางแรงจูงใจ 9) คุณลักษณะทางทักษะ 10) คุณลักษณะด้านการบริหาร 11) คุณลักษณะด้านคุณธรรมจริยธรรม 12) คุณลักษณะด้านภาวะผู้นำ 13) คุณลักษณะด้านความสามารถที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น 14) คุณลักษณะด้านความสามารถในการวางแผนการทำงาน 15) คุณลักษณะด้านความสามารถในการทำงานกับชุมชน 16) คุณลักษณะด้านความสามารถในฐานะผู้นำด้านศาสนา วัฒนธรรม และจริยธรรม และ 17) คุณลักษณะด้าน

ทัศนคติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมถวิล ชูทรัพย์. (2550) ได้ศึกษา การพัฒนาเครื่องมือและตัวบ่งชี้ คุณลักษณะผู้บริหารสถานศึกษาที่มี ประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 17 คุณลักษณะดังที่กล่าวมา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

หน่วยงานต้นสังกัดที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบ ในการบริหารสถานศึกษาโดยตรงควรนำคุณลักษณะ ผู้บริหารสถานศึกษา ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็น แนวทางในการพัฒนาผู้บริหารสถานศึกษา และใช้ในการ พิจารณาประกอบการตัดสินใจคัดเลือกผู้บริหาร สถานศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

ผู้บริหารสถานศึกษาควรนำข้อค้นพบ คุณลักษณะผู้บริหารสถานศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการ

เอกสารอ้างอิง

ณภัทสรณ์ นรกิจ และ ภาวิดา ธาราศิริสุทธิ.(2564).

คุณลักษณะผู้นำในศตวรรษที่ 21 ตามการรับรู้ ของครูผู้สอนในโรงเรียนเครือข่ายที่ 34 สำนักงานเขตมีนบุรี สังกัด

กรุงเทพมหานคร. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6 (1), 55-69.

เบญจภา ไกรฤกษ์. (2556). แบบภาวะผู้นำที่พึงประสงค์ ของอธิการบดี มหาวิทยาลัยไทย ในทศวรรษ หน้า (พ.ศ.2556-2565).วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. 2 (1) ,62-72

พัฒนาคุณลักษณะของผู้บริหารสถานศึกษาที่มี ประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือ และตัวชี้วัดคุณลักษณะของผู้บริหารสถานศึกษาที่มี ประสิทธิภาพต่อไป

2.ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้บริหาร สถานศึกษาหน่วยงานอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะ ผู้บริหารต่างสังกัด ต่างวัฒนธรรม ว่ามีคุณลักษณะ เหมือนกัน หรือแตกต่างกันอย่างไร และข้อที่ควร ปรับปรุง

ราชกิจจานุเบกษา. (2550). พระราชบัญญัติ

สถาบันอุดมศึกษาเอกชนพ.ศ.2546 แก้ไข เพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ.2550.

สมถวิล ชูทรัพย์. (2550). การพัฒนาเครื่องมือและตัว บ่งชี้คุณลักษณะผู้บริหารสถานศึกษาที่มี ประสิทธิภาพ.(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต , สาขาการบริหารการศึกษา.มหาวิทยาลัย ศิลปากร).

Hoy,W. K. and C. Miskel. 2013. *Education Administration:Theory,Research and Practice*. New York: Mcgraw Hill.



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ
คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน
ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทัศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้
 - 1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา
 - 1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
 - 1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
 - 1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
 - 1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
 - 1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใด สถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)
2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้
 - 2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว

ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่นำเสนอ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่นำเสนอจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำความเข้าใจ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

4.2 วารสาร

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

4.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น การบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน : กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน *ฉลาด จันทรมบดี (บรรณาธิการ), ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม : สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). *Actions and attitudes: The theory of*

cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

4.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้พิมพ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล
สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ
1 มีนาคม 2550, จาก

<http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>

Wollman, N. (1999, November 12). *Influencing attitudes and behaviors for social change*. Retrieved July 6, 2005, from

<http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่าน้ำกระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ Angsana New ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวม บทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจพบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏในวารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และสัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวันสิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่น และแสดงให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีเสียค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 2,500 บาท

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้
ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 095-4591161 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

