



VAJIRA NURSING JOURNAL

www.vajira.ac.th/vnjo

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

Volume 25 No.2 July - December 2023

ISSN 1513-2498 (print)

ISSN 2651-0871 (online)

Research article

- ❖ The Effects of VDO Media Usage for Pre and Post – operative Preparation on the Knowledge and Satisfaction of Patients with Cardiac Implantable Electronic Devices
Natapat Deelertpipatkul Jansudaphan Boontham
- ❖ The Effects of Local Warming for Difficult Peripheral Venous Access in Critically ill Patient
Benjamad Chantasakda Jansudaphan Boontham
- ❖ The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Increased Intracranial Pressure in Patients with External Ventriculostomy at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital
Daranee Nongyow Piraluk Laplai Marasri Pinsuwan
- ❖ A Study Of Activity Based Costing Of Nursing Care Patients With Diabetic Retinopathy Patients
Ampa Jitkui Somjai Cheepsuk Parichad Jansoontraporn Arthit Kaewnopharat
- ❖ The Development of Nursing Practice Capability Assessment form of Nursing Students Practicing Nursing at the Emergency Department
Theerachol Satsin Boonrat Plangsorn
- ❖ The Effect of Developing a Nursing Service Model for High Alert Drug Administration at Surgical Unit, Suratthani Hospital
Prapawadee Tonsook

Review article

- ❖ Negotiation Strategies of Nurse Administration
Sirina Kamontalapisake Phiphatthananon Tharee Prangthip Thaprasong
Warattha Promma Weerawan Kongros Areewan Oumtanee
- ❖ The Empty Nest Syndrome among the Older Adults in Thai Society: The Roles of Nurses
Surinrat Baurangthienthong Duangrat Kaveenuntachai Areeya Kiatkongrabue
- ❖ Nursing care of patients with abdominal aortic aneurysm after endovascular aneurysm repair (EVAR) with Type Ia Endoleak: a case study
Kittiyaphorn Panvilai Siraporn Pinwihok
- ❖ Psychiatric nurses' role in mental health care of workers during the COVID-19 pandemic
Siriyupa Nunsunanon
- ❖ Perceptions of healthcare professionals towards palliative care
Janyarak Ploysupha

เจ้าของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษาภายใน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์
รองศาสตราจารย์ร้อยเอกหญิงปนัดดา สุวรรณ
นางปาริชาติ จันทร์สุนทรพร
ดร.ปฏิพร บุญพัฒนกุล

คณะที่ปรึกษาภายนอก

พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ
ดร.อรเพ็ญ สุขะวัลลี
ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์
พ.ต.ต.หญิง ดร.คิตยา อิวาโนวิช

บรรณาธิการ

นางสาวอมลวรรณ ยอดกลกิจ

รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวพรศิริ กนกกาญจนะ

กองบรรณาธิการ

นางจินตนา แสงรุ่งจี
นางสาวกชกร ไพรัตน์
ดร.จันทนา จินาวงค์
นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์
นางสาวจันทรา ว่องวัฒนกุล
นางสาวณัฐภัสสร เดิมขุนทด
นางสาวเสาวนีย์ บำรุงวงศ์
นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสุสาร
นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรัตน์ เสตสุวรรณ
ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์
ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล
ดร.ยุพา วงศ์สรไตร์
นางนพัตพร พุกขานันตกุล
รองศาสตราจารย์ ดร.เกรตินทร์ อุทริยะประสิทธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา ตั้งสุขสันต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา พ่วงแก้ว
ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
ดร.เสาวรส มีกุล
ดร. เกศศิริ วงษ์คงคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา
ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ อุ้นเตจ๊ะ
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เกลยภิตติ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
รองศาสตราจารย์เสาว นรสาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐชา เจียรนิลกุลชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ
ดร.ทัศนีย์ สุนทร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สำนักวิทยบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

นายธีระชล สาดสิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์
ดร. เสาวนีย์ ทรงประโคน
นางสาวฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์

ฝ่ายจัดการ

นางสาวเมลิน คนที
นางสาววัลรัตน์ เพิ่มสุขทวี
นายฉลอง สุขอร่าม
นางสาวสร้อยอรุณ สองนวน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



วารสารการพยาบาล

ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

Vajira Nursing Journal

Volume 25 No.2 July - December 2023

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513-2498 (print)

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

ISSN 2651-0871 (online)

วารสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับการจัดอยู่ในวารสารกลุ่ม 2 ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 3 ท่านต่อบทความ

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาล
2. นำเสนอประสบการณ์ นวัตกรรมและวิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล
3. สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อธำรงไว้ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพ
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรสุขภาพ

ขอบเขต

สาระในวารสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการและบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

กำหนดการวารสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทร.0-2244-3084 Fax. 0-2668-7152

สถานที่พิมพ์ พลก๊อปปี้ 285/3 ซอยสวนอ้อย ถนนราชวิถี แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 25 ประกอบด้วยบทความวิจัย และบทความวิชาการเกี่ยวกับ ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดต่อความรู้ และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ ผลของการประคบอุ่นต่อการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่หลอดเลือดดำยากในหอผู้ป่วยเพอร์ริตัน 4C (หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในผู้ป่วยที่มีการระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา การศึกษาต้นทุนทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา การพัฒนาแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลยุทธ์การเจรจาต่อรองของผู้บริหารการพยาบาล ภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุบริบทสังคมไทย: บทบาทพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองหลังการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียม ผ่านสายสวน (endovascular aneurysm repair; EVAR) ที่มี Type Ia Endoleak: กรณีศึกษา บทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตคนทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลแบบประคับประคอง

ขอขอบคุณสมาชิกวารสารการพยาบาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากวารสารเล่มนี้ และขอเชิญชวนทุกท่านส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานลงในวารสารการพยาบาลผ่านระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj>

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ
บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สารบัญ

บทความวิจัย

	หน้า
ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดต่อความรู้ และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ	1
The Effects of VDO Media Usage for Pre and Post – Operative Preparation on the Knowledge and Satisfaction of Patients with Cardiac Implantable Electronic Devices Natapat Deelertpipatkul Jansudaphan Boontham	
ผลของการประคบอุ่นต่อการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่หาหลอดเลือดดำยากในหอผู้ป่วย เพชรรัตน์ 4C (หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ)	17
The Effects of Local Warming for Difficult Peripheral Venous Access in Critically ill Patient Benjamad Chantasakda Jansudaphan Boontham	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในผู้ป่วยที่มีการระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	27
The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Increased Intracranial Pressure in Patients with External Ventriculostomy at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital Daranee Nongyow Piraluk Laplai Marasri Pinsuwan	
การศึกษาต้นทุนทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	40
A Study Of Activity Based Costing Of Nursing Care Patients With Diabetic Retinopathy Patients Ampa Jitkui Somjai Cheepsuk Parichad Jansoontraporn Arthit Kaewnopharat	
การพัฒนาแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	54
The Development of Nursing Practice Capability Assessment form of Nursing Students Practicing Nursing at the Emergency Department Theerachol Satsin Boonrat Plangsorn	

สารบัญ

	หน้า
ผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี The Effect of Developing a Nursing Service Model for High Alert Drug Administration at Surgical Unit, Suratthani Hospital Prapawadee Tonsook	67
บทความวิชาการ	
กลยุทธ์การเจรจาต่อรองของผู้บริหารการพยาบาล Negotiation Strategies of Nurse Administration Sirina Kamontalapisake Phiphatthananon Tharee Prangthip Thaprasong Warattha Promma Weerawan Kongros Areewan Oumtanee	84
ภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุบริบทสังคมไทย: บทบาทพยาบาล The Empty Nest Syndrome among the Older Adults in Thai Society: The Roles of Nurses Surinrat Baurangthienthong Duangrat Kaveenuntachai Areeya Kiatkongrabue	96
การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองหลังการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียม ผ่านสายสวน (endovascular aneurysm repair; EVAR) ที่มี Type Ia Endoleak: กรณีศึกษา Nursing care of patients with abdominal aortic aneurysm after endovascular aneurysm repair (EVAR) with Type Ia Endoleak: a case study Kittiyaphorn Panvilai Siraporn Pinwihok	110
บทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตคนทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 Psychiatric nurses' role in mental health care of workers during the COVID-19 pandemic Siriypa Nunsunanon	122
การรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลแบบประคับประคอง Perceptions of healthcare professionals towards palliative care Janyarak Ploysupha	132

บทความวิจัย

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดต่อความรู้ และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ

ณัฐพร ดีเลิศพัฒนกุล¹จันทร์สุดาพรรณ บุญธรรม²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความพึงพอใจหลังได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ อายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C (หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ), 16B (หอผู้ป่วยโรคหัวใจ) และ 17A (หอผู้ป่วยพิเศษโรคหัวใจ) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 50 ราย สุ่มแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้หลังได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด เฉลี่ย 16.28 ± 1.82 คะแนน และ 16.32 ± 1.18 คะแนนตามลำดับ เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันเฉลี่ย -0.31 คะแนน (95%CI: $-1.15, 0.54$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.473) ทั้งสองกลุ่มมีระดับความพึงพอใจมาก เฉลี่ย 3.93 ± 0.11 คะแนน และ 3.93 ± 0.14 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.991) การใช้วีดิทัศน์ในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดส่งผลให้มีความรู้มากขึ้นและมีความพึงพอใจในระดับมาก

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์/ ความรู้/ ความพึงพอใจ/ เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Corresponding Author, Email: natapat@nmu.ac.th

²อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Research article

The Effects of VDO Media Usage for Pre and Post – Operative Preparation on the Knowledge and Satisfaction of Patients with Cardiac Implantable Electronic Devices

*Natapat Deelertpipatkul¹**Jansudaphan Boontham²***Abstract**

This study was a quasi – experimental research aimed to comparative study the knowledge and satisfaction for post – operative preparation in cardiac implantable electronic devices between the group taught by the VDO media and the group taught normally. A sample is cardiac arrhythmia patients aged 18 years and undergoing cardiac electrocardiography implantation in Petcharat wards 4C (Medication cardiac care unit), 16B (Cardiac ward) and 17A (Cardiac care private ward), The Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. A total of 50 subjects were selected by purposive sampling according to the inclusion criteria. The experimental group and the control group were randomly divided by sampling without replacement method.

The study found that the knowledge scores of the experimental group and the control group for post – operative preparation were 16.28 ± 1.82 and 16.32 ± 1.18 respectively. When controlling the influence of the pre-experimental knowledge score, it was found that the mean post-test knowledge score between the experimental group and the control group differed on average -0.31 points (95%CI: $-1.15, 0.54$), not statistically significant (p -value = 0.473). In addition, both groups had a high level of satisfaction with an average score of 3.93 ± 0.11 points and 3.93 ± 0.14 points, respectively. The average satisfaction was different and no statistical significance (p -value = 0.991). The use of VDO preparation for pre and post – operative preparation resulted in more knowledge and satisfaction at a high level.

Keywords: vdo media/ knowledge/ satisfaction/ cardiac implantable electronic devices

¹ Registered Nurse, Professional level, Head nurse in Phetcharat 4C unit, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300
Corresponding Author, Email: natapat@nmu.ac.th

² Lecturer, Department of Medical & Surgical Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

บทนำ

โรคหัวใจเป็นโรคในกลุ่ม NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด (ร้อยละ 44) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (ร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 4)¹ ตามลำดับ โดยโรคหัวใจมีหลายสาเหตุการเกิด อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ การขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจจนเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะในที่สุด จากข้อมูลสถิติการบันทึกการรักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนคร ในปี พ.ศ.2560-2563 พบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (69 ราย 86 ราย 104 ราย และ 114 ราย ตามลำดับ)² ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmia) ดังกล่าวเกิดจากการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ทั้งแบบนำสัญญาณเร็ว (tachyarrhythmia) นำสัญญาณช้า (bradyarrhythmia) หรือความผิดปกติของการนำสัญญาณ³ ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงที่มาพบแพทย์ เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด วูบ ระดับการรู้สึกตัวลดลง หหมดสติ เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตต่ำ ปริมาณเลือดที่สูบฉีดไปเลี้ยงสมอง หรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ⁴ นำไปสู่การสูญเสียชีวิตอย่างกะทันหันจากภาวะหัวใจวายและหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน⁵

การรักษาภาวะเสียชีวิตอย่างกะทันหันจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีทั้งการรักษาความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ (structural heart disease) และกลุ่มที่มีความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจ (cardiac channelopathy) โดยกลุ่มที่มีความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจ มีแนวทางการรักษาโดยการให้ยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ (anti-arrhythmic drugs) หรือ/และการใช้นวัตกรรมทางการแพทย์ซึ่งเครื่องมือที่ฝังอยู่กับตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือให้การรักษามือเมื่อหัวใจมีการเต้นผิดจังหวะอย่างทันที่ที่สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย^{6,7} เครื่องมือดังกล่าวเรียกว่า Cardiac

Implantable Electronic Devices (CIEDs) หรือเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ pacemaker หรือเครื่องควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ และ Implantable Cardioverter Defibrillators (ICDs) หรือเครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ บางครั้งอาจรวม Cardiac Resynchronization Device (CRT) หรือเครื่องกระตุ้นหัวใจสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วย⁸

จากสถิติในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ใส่เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ภายหลังการใส่เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน การเรียนรู้และการป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมต่อผู้ป่วยหากมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม⁹ อาจจะขาดความมั่นใจหรือกลัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น จำกัดการเคลื่อนไหวของแขน การมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง และการนอนหลับไม่สนิท รวมถึงมีการหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าต่าง ๆ ที่มีผลต่อการทำงานของเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ นอกจากนี้ยัง พบว่า ภายหลังการใส่เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกาย เช่น การเกิดลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) การเกิดสายสื่อเลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่วางไว้ในหัวใจทำให้พบการช็อกไฟฟ้าที่ไม่เหมาะสม การติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ฝัง และการยึดติดของขั้วหลอดเลือดที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดเป็นต้น^{10,11} เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสอดคล้องกับแนวทางการรักษา

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ที่ผ่านมามักจะเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผ่านการอธิบายและแจกแผ่นพับ เนื้อหา

ประกอบด้วย การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ใส่เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ สิ่งผู้ป่วยได้รับ เป็นเพียงการรับฟังและภาพถ่ายที่มีในแผ่นพับ เท่านั้นอาจไม่เพียงพอ การพัฒนาสื่อให้มีความน่าสนใจ ช่วยเกิดการเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อการเรียนรู้ทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่น่าสนใจ สามารถเปิดดูซ้ำได้ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ดี มีความสม่ำเสมอในเนื้อหา ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลครบถ้วน ครบคลุมและมองเห็นสิ่งที่ กำลังเรียนรู้ได้อย่างเป็นรูปธรรมและเป็นกระบวนการ ใช้สื่อวีดิทัศน์มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย ในแง่ที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้อย่างไม่จำกัด เพื่อเป็นการช่วยลดระยะเวลาในการให้คำแนะนำ ของพยาบาลผู้ซึ่งมีภาระงานและระยะเวลาในการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน และภายหลังการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกายอย่างจำกัด อีกทั้งเป็นการส่งเสริมผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ให้มีศักยภาพ ของการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน^{12,13} และลดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ในบริบทของการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนและหลังการผ่าตัด ต่อความรู้และความพึงพอใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปวางแผนพัฒนา งานด้านการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งขยายผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ไปใช้ประโยชน์ ในหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วยโรคหัวใจต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้ สำหรับผู้ใหญ่ (adult learning) ของโนลส์¹⁴ เป็นกรอบ ในการศึกษาวิจัยร่วมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรม

โดยกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่นั้น มีสาระสำคัญ คือ 1) จะเกิดขึ้นได้ดี หากตรงกับความต้องการและความสนใจในประสบการณ์ที่ผ่านมา 2) ตรงกับ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และได้ผลดีหาก เอาตนเองเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ 3) การวิเคราะห์ และนำประสบการณ์ของแต่ละบุคคลมาเป็นส่วน ในการเรียนการสอนและปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ 4) ผู้ใหญ่จะเป็นผู้นำตนเองไปสู่การเรียนรู้ ดังนั้น ในบทบาทของผู้สอน จะเป็นผู้คอยสนับสนุน สืบค้น คำตอบและประเมินเพื่อให้ทราบถึงการบรรลุ วัตถุประสงค์ในการเรียนของผู้เรียน และ 5) ผู้สอนควรมีการจัดการเรียนการสอนสำหรับผู้ใหญ่ที่ตีพอ เช่น รูปแบบการสอน สื่อการสอน สถานที่ บรรยากาศ เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะนอกเหนือจาก ที่ต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแล้ว การได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดฝังเครื่อง อิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ เป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหรือกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการฝัง เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ในการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกัน ผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำวีดิทัศน์มาเป็นสื่อประกอบการสอน เนื่องจากเป็นมัลติมีเดียที่สามารถเคลื่อนไหวได้ พร้อมการบรรยาย ผู้จัดทำสามารถออกแบบ สร้างสรรค์วีดิทัศน์ให้มีความน่าสนใจ ให้เหมาะสม กับผู้เรียน ผ่านการถ่ายทอดเนื้อหาที่เรียบเรียง สาระสำคัญที่ต้องการจะสื่อได้อย่างกระชับและ ชัดเจน อีกทั้งผู้เรียนสามารถเรียนรู้ ดูซ้ำเพื่อทบทวน เนื้อหาจากสื่อได้อย่างไม่จำกัดครั้งของการเรียน¹⁵ โดยสื่อวีดิทัศน์จัดเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นกระบวนการ เรียนรู้ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ดำเนิน เนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วย การรักษา

ขั้นตอนการปฏิบัติก่อน-หลังการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้นตอเผชิญอยู่ ตามหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่แล้วจะมีผลให้เกิดความสนใจในการเรียนรู้ มีการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อการปรับใช้ในชีวิตของตน อีกทั้งมีการจัดสิ่งแวดล้อมและสร้างบรรยากาศในหอผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อการเรียน โดยพยาบาลผู้ดูแลมีบทบาทช่วยอำนวยความสะดวกเสนอแนะ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย มิได้ให้การสอนโดยตรงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ รวมไปถึงนำทักษะ พฤติกรรม ค่านิยม ทักษะคิดต่าง ๆ ของผู้ป่วยมาช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพหรือเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และทำการประเมินเพื่อให้ทราบถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้¹⁴

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย ก่อนและหลังได้รับการสอนภายในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย หลังการให้ข้อมูลภายในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และภายในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ มีมากกว่าก่อนได้รับข้อมูล
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์

ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย ก่อนและหลังได้รับข้อมูลภายในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ และศึกษาเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับข้อมูล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และ สุ่มเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่รักษาด้วยการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งเข้ารับการรักษาดังแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C, 16B, 17A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1¹⁶ อ้างอิงจากการศึกษาหน้าในการใช้โปรแกรมการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจเทียม¹⁷ โดยกำหนดขนาดอิทธิพลที่ .80 ระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 21 รายต่อกลุ่ม แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 งานวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้ง 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ (กลุ่มทดลอง) 25 ราย และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาในการบรรยาย 30 นาที จัดทำโดยผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือคือ สรุปเนื้อหาเกี่ยวกับชนิดของเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ วัตถุประสงค์วิธีการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการฝังเครื่อง อิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ หลังจากผู้วิจัยและคณะสร้างเครื่องมือนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ ชนิด device ที่ใส่ ประวัติการศึกษา การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว ผู้ดูแล ประสบการณ์การผ่าตัดและประวัติการแพ้ยา

2.2 แบบสอบถามความรู้ในปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและลบ ครอบคลุมเนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ทั่วไป 3 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 12 ข้อ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลัง

ผ่าตัด 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ และกำหนดคะแนนไว้ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและตอบไม่ทราบ/ไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน โดยมี ข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ แปลผลความรู้ในปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ ใช้แบบอิงเกณฑ์แนวคิดของบลูม¹⁸ มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (15-18 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (11-14 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ หลังจากผู้วิจัยและคณะสร้างเครื่องมือนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .88 และในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบทดสอบไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย คำนวณตามสูตร KR-20 พบค่าความเที่ยง .79

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อน-หลังการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ พัฒนาโดยผู้วิจัยกำหนดคะแนนระดับความพึงพอใจออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความพึงพอใจมาก (4) ความพึงพอใจปานกลาง (3) ความพึงพอใจน้อย (2) และไม่พึงพอใจ (1) โดย เกณฑ์การให้คะแนนและแปลค่าคะแนนความพึงพอใจ แบ่งเป็น 4 ระดับ¹⁹ ดังนี้ ความพึงพอใจมาก มีค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 คะแนน ความพึงพอใจปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 คะแนน ความพึงพอใจน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 คะแนน ไม่พึงพอใจมีค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 คะแนน หลังจากผู้วิจัยและคณะสร้างเครื่องมือนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .83

และในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบทดสอบไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย พบค่าความเที่ยงภายในได้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช รหัสโครงการ COA 021/64E ผู้วิจัยได้คำนึงการรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วย และปฏิบัติการรักษาสีของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในตลอดกระบวนการวิจัย โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่นำเสนอเป็นข้อมูลรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรู้ในปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ pre-test ด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในข้อคำถาม ผู้วิจัยจะช่วยอธิบายโดยไม่ชักนำคำตอบให้ กรณีกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผ่านการอธิบายด้วยคำพูดและแจกแผ่นพับ จากนั้นให้การพยาบาลแบบปกติเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมร่างกาย การให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมการผ่าตัด เป็นต้น สำหรับกรณีกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่กลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผ่านการดูสื่อวีดิทัศน์ตามแนวคิด

การเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (adult learning) ของ โนลส์¹⁴ใช้เวลาประมาณ 30 นาที มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล ความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยชมสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ ผ่านอุปกรณ์สื่อสารคือ smart television จากนั้นให้การพยาบาลแบบปกติเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมร่างกาย การให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมการผ่าตัด เป็นต้น

ภายหลังกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมก่อน-หลังการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้ทำแบบทดสอบความรู้อีกครั้ง (post-test) และทำแบบประเมินความพึงพอใจภายหลังทำแบบสอบถาม post-test หลังทำแบบประเมินความพึงพอใจแล้ว ได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย สุดท้ายผู้วิจัยมอบสื่อวีดิทัศน์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อสามารถนำไปรับชมได้ตลอดเวลา รวมถึงให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจซ้ำอีกครั้งก่อนกลับไปอยู่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ตัวแปร เพศ อายุ ชนิด device ที่ใส่ประวัติการศึกษา การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว ผู้ดูแลและประสบการณ์การผ่าตัด วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) ได้แก่ ตัวแปร ความรู้ และความพึงพอใจ

2. ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เป็นชาย ร้อยละ 60 และ 48 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 36 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 32 ทั้งสองกลุ่มใส่เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ (device) ชนิดเครื่องกระตุ้นหัวใจ (permanent pacemaker) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76 และ 80 ตามลำดับ ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่มการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44 และ 36 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44 และ 56 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว ร้อยละ 96 และ 92 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่งในทั้งสองกลุ่มมีโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 76 และ 72 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มเป็นโรคเบาหวานเท่ากันคือ ร้อยละ 48 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเท่ากันคือ ร้อยละ 84 และประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เคยผ่าตัด ร้อยละ 64 และ 56 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง(n = 25)		กลุ่มควบคุม(n = 25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	15	60.0	12	48.0	0.395
หญิง	10	40.0	13	52.0	
อายุ					
18-34 ปี	0	0.0	2	8.0	0.375
35-59 ปี	2	8.0	4	16.0	
60-69 ปี	8	32.0	8	32.0	
70-79 ปี	9	36.0	4	16.0	
80 ปีขึ้นไป	6	24.0	7	28.0	
ชนิดเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ (device)					
permanent pacemaker	19	76.0	20	80.0	1.000
implantable cardioverter defibrillators: ICDs	5	20.0	4	16.0	
cardiac resynchronization device: CRT)	1	4.0	1	4.0	

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง(n=25)		กลุ่มควบคุม(n=25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.0	3	12.0	0.472
ประถมศึกษา	11	44.0	9	36.0	
มัธยม	6	24.0	5	20.0	
ปริญญาตรีหรือมากกว่า	8	32.0	8	32.0	
การประกอบอาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	44.0	14	56.0	0.469
ข้าราชการ	7	28.0	3	12.0	
ค้าขาย	5	20.0	3	12.0	
รับจ้าง	1	4.0	3	12.0	
อื่น ๆ	1	4.0	2	8.0	
โรคประจำตัว	24	96.0	23	92.0	1.000
โรคความดันโลหิตสูง	19	76.0	18	72.0	0.747
โรคไขมันในเลือดสูง	13	52.0	4	16.0	0.007
โรคเบาหวาน	12	48.0	12	48.0	1.000
โรคหลอดเลือดหัวใจ	4	16.0	7	28.0	0.306
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	3	12.0	0	0.0	0.235
โรคเมะเร็ง	2	8.0	2	8.0	1.000
ผู้ดูแล					
ไม่มี	4	16.0	4	16.0	1.000
มี	21	84.0	21	84.0	
ประสบการณ์การผ่าตัด					
ไม่เคยผ่าตัด	16	64.0	14	56.0	0.773
เคยผ่าตัด 1 ครั้ง	9	36.0	10	40.0	
เคยผ่าตัด มากกว่า 1 ครั้ง	0	0.0	1	4.0	

Abbreviations: NA, data not applicable.

Data are presented as number (%), mean $\pm$ standard deviation or median (interquartile range).P-value corresponds to ^cChi-square test or ^fFisher's exact test.

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย ก่อนและหลังได้รับการสอนภายในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ก่อนทดลองและหลังทดลองเฉลี่ย 13.60 ± 2.87 คะแนน และ 16.28 ± 1.82 คะแนน ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองเฉลี่ย 2.68 คะแนน (95%CI:

1.64, 3.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ก่อนทดลองและหลังทดลองเฉลี่ย 11.96 ± 3.77 คะแนน และ 16.32 ± 1.18 คะแนนตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองเฉลี่ย 4.36 คะแนน (95%CI: 2.84, 5.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย ก่อนและหลังได้รับการสอนภายในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean difference (95%CI)		T	df	p-value ^a
	M	SD	M	SD					
กลุ่มทดลอง (n = 25)	13.60	2.87	16.28	1.82	2.68	(1.64, 3.72)	5.300	24	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n = 25)	11.96	3.77	16.32	1.18	4.36	(2.84, 5.88)	5.935	24	<0.001*

^aP-value corresponds to Paired samples t-test (one-sided test).

* Significant at p-value < 0.05

การเปรียบเทียบความรู้โดยใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย independent samples t-test ผลการศึกษาพบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 13.60 ± 2.87 คะแนน และ 11.96 ± 3.77 คะแนนตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันเฉลี่ย 1.64 คะแนน (95%CI: -0.27, 3.55) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value = 0.090) ส่วนหลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 16.28 ± 1.82 คะแนน และ 16.32 ± 1.18 คะแนนตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันเฉลี่ย -0.04 คะแนน (95%CI: -0.91, 0.83) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.927) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย ก่อนและหลังได้รับการสอนภายในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ จำแนกตามกลุ่มการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		Mean difference (95%CI)	t	df	p-value ^a
	M	SD	M	SD				
ก่อนทดลอง	13.60	2.87	11.96	3.77	1.64 (-0.27, 3.55)	1.730	48	0.090
หลังทดลอง	16.28	1.82	16.32	1.18	-0.04 (-0.91, 0.83)	-0.092	48	0.927

^aP-value corresponds to Independent samples t-test (two-sided test).

* Significant at p-value < 0.05

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย ก่อนและหลังได้รับการสอนภายในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance; ANCOVA) เพื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนความรู้ก่อนการทดลองในการวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.473) เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4 และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ (pairwise comparison) โดยใช้วิธีบอนเฟอโรนี (bonferroni) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันเฉลี่ย -0.31 คะแนน (95%CI: -1.15, 0.54) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.473)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย ก่อนและหลังได้รับการสอนภายในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
Intercept	14.102	2	7.051	3.37	0.043*
Group	1.095	1	1.095	0.52	0.473
Baseline	14.082	1	14.082	6.73	0.013*
Error (Residual)	98.398	47	2.094		

Analyses were conducted with the use of Analysis of covariance (ANCOVA) adjusted for baseline.

หมายเหตุ SS, sum of squares; MS, mean Square

* Significant at p-value < 0.05

การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความพึงพอใจมาก โดยมีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 3.93 ± 0.11 คะแนน และ 3.93 ± 0.14 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.991$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ จำแนกตามกลุ่มการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		Mean difference (95%CI)		T	df	P- value ^a
	M	SD	M	SD					
คะแนน ความพึงพอใจ	3.93	0.11	3.93	0.14	0.00	(-0.07, 0.07)	-0.011	48	0.991

^aP-value corresponds to independent samples t-test (two-sided test).

* Significant at $p\text{-value} < 0.05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มทดลองคือ 16.28 ± 1.82 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้หลังทดลองเฉลี่ย 16.32 ± 1.18 คะแนน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองเฉลี่ย 2.68 คะแนน (95%CI: 1.64, 3.72) ในกลุ่มทดลอง และ 4.36 คะแนน (95%CI: 2.84, 5.88) ในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาผลของวิดิทัศน์เตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจ พบว่า การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดด้วยวิดิทัศน์มีผลเพิ่มความรู้พื้นฐานการผ่าตัด

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย²⁰ ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น ความวิตกกังวลในการผ่าตัดลดลง²¹ ส่งผลให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากขึ้นลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สอดคล้องกับทฤษฎีของโนลส์ ด้านการใช้สื่อการสอนช่วยในการเรียนรู้¹⁴ การทดลองนี้วิดิทัศน์เป็นสื่อการสอน จัดเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้ป่วยสามารถกระตุ้นความรู้สึก ความคิด ผ่านทางตาและหูของผู้ป่วย มีผลให้เกิดความสนใจในการรับรู้ข้อมูล มีการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์สิ่งเร้าและเกิดการเรียนรู้ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอน

ด้วยโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับ การสอนแบบปกติ พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มี นัยสำคัญ ถึงแม้การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ของการผ่าตัดด้วยวีดิทัศน์และการสอนแบบเดิมนั้น มีค่าคะแนนความรู้ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ทางสถิติ แต่เห็นได้ว่าทั้ง 2 วิธีสามารถเพิ่มความรู้ ของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fasulo และคณะ ทำการศึกษาผลของวีดิทัศน์เตรียม ความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความพึงพอใจ ความรู้ ของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในอังกฤษ พบว่า คะแนน ความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ²² ทั้งนี้ อาจอนุมานได้ว่าทั้ง 2 วิธีการสามารถเพิ่มความรู้ แก่ผู้ป่วยผ่าตัดฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจ สอดคล้องกับ Si Xian Ng และคณะ ทบทวน วรรณกรรมอย่างมีระบบ พบว่า ผลของการสอน ให้ความรู้เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจด้วย วิธีต่าง ๆ นั้นมีผลต่อการเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล ลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก รวมไปถึงเพิ่มความพึงพอใจให้ผู้ป่วยแม้วิธีการสอน จะแตกต่างกัน²³

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนน ความพึงพอใจ ระดับมากเฉลี่ย 3.93 ± 0.11 คะแนน ในกลุ่มทดลอง และ 3.93 ± 0.14 คะแนนในกลุ่ม ควบคุม และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.991$) เห็นได้ ว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากัน แม้คะแนนความพึงพอใจของทั้ง 2 กลุ่มจะเท่ากันแต่ เห็นได้ว่าอยู่ในระดับพึงพอใจมาก จากการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้นเกิดได้จากหลาย องค์ประกอบส่วนใหญ่เกิดจากลักษณะส่วนบุคคล และบริบททางสังคมของผู้ป่วย^{24,25} รวมไปถึงการ ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด คุณภาพการดูแล และ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ นั้นยังเป็นปัจจัยส่งเสริมความพึงพอใจ²⁶ เห็นได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะ ส่วนบุคคลและบริบททางสังคมไม่แตกต่างกัน

รวมถึงการดูแลในหอผู้ป่วยลักษณะคล้ายกัน เป็นผลให้คะแนนความพึงพอใจเท่ากัน แม้จะได้รับ การสอนเตรียมความพร้อมผ่าตัดด้วยเทคนิค แตกต่างกัน แม้การสอนด้วยวีดิทัศน์จะลดระยะ ความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลก็ตาม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Delcambre และคณะ ทำการศึกษาการใช้วีดิทัศน์ให้ความรู้ก่อนผ่าตัด มะเร็งผิวหนังในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 231 ราย พบว่า มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก²⁷ อาจสรุป ได้ว่าการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้ง 2 เทคนิคนั้น กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้ผลการวิจัย พบว่า ทั้งความรู้และความพึงพอใจหลังการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมการผ่าตัด ฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย ทั้งการพยาบาลแบบปกติและการดูวีดิทัศน์ จะไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่สะท้อนให้เห็นว่า ในการพยาบาลแบบปกติเกี่ยวกับการส่งเสริม ความรู้แก่ผู้ป่วย จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยทั้ง 3 แหล่งมีคุณภาพอยู่ในระดับดีและ เหมาะสมอยู่เดิม อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัด ของจำนวนพยาบาลที่อาจไม่เพียงพอ ร่วมกับ ภาระงานที่มาก หรือแม้กระทั่งในบางช่วงอาจมี พยาบาลจบบางที่มีประสบการณ์ในการทำงาน ที่แตกต่างกันร่วมทำงานบนหอผู้ป่วยอยู่ด้วย การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นตัวช่วยในการส่งเสริมความรู้ แก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สามารถเกิดประโยชน์และ นำมาใช้ร่วมกับการทำงานได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ประโยชน์อย่างสูงสุด ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน และช่วยลดระยะเวลาในการปฏิบัติพยาบาล แบบปกติได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้เทคโนโลยีสื่อวีดิทัศน์สอนเตรียม ความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดฝังเครื่อง อิเล็กทรอนิกส์ไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย เป็นเครื่องมือ ที่พยาบาลสามารถนำมาใช้เป็นสื่อการสอน

เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลควรมีการประเมินและติดตามผลของการเรียนรู้ ถึงความสามารถในการนำไปปฏิบัติใช้จริงของผู้ป่วย ชักถามข้อจำกัดและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เนื่องจากอาจมีปัจจัยหรือความแตกต่างกันของแต่ละรายบุคคล

2. การวิจัยในครั้งนี้ถัดไป อาจพัฒนาเป็นโปรแกรมการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบบูรณาการ นำเอาสื่อวีดิทัศน์และกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) การให้คำปรึกษาออนไลน์ เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการประเมินและติดตามผลการคงอยู่ของความรู้ในระยะหลังออกจากโรงพยาบาลร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาในการให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม การวิจัยเพื่อการพัฒนาความรู้ นำไปสู่แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2562.
2. ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล. การรักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะด้วยอุปกรณ์ไฟฟ้าหัวใจวชิรพยาบาล; 2564.
3. Desai S Dhaval, Hajouli Said. StatPearls [Internet]. 2023. [cited 2023 august 22]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih>.

4. รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ, ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, อติศักดิ์ มณีไสย. ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiac emergencies). กรุงเทพฯ: สาขาวิชาหทัยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ และศูนย์โรคหัวใจสมเด็จ พระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
5. Devore D, Al-Khatib M. ICDs Are Still an Effective Therapy to Prevent Sudden Cardiac Death in Heart Failure. JACC: Heart Failure, 2019; 7(10): 907-10.
6. ภัทรพงษ์ มกรเวส, เจษฎา เทียนเจษฎา, ดุจดาว สหัสทัศน์, ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร. ผลทางคลินิกของการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ ในผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 2556; 28(2): 214-9.
7. Kurucova R, Ziakova K, Gurkova E, Simkova, E. Quality of life of patients with a permanent pacemaker. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2014; 5(1): 15-20.
8. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการ วินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว. กรุงเทพฯ: เนคสเทปดีไซน์; 2562.
9. ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ แบบถาวร: บทบาทพยาบาล. Ramathibodi Nursing Journal. 2562; 25(3): 255-69.
10. วิวัฒน์ กาญจนรุจวิวัฒน์, ธันวาท พัทธสฤษดิ์, และ รัตนา เดิมสมบุญ. การใส่เครื่องกระตุ้น หัวใจชนิดถาวรในโรงพยาบาลพระปกเกล้า: ภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไข. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2558; 32(1): 58-67.

11. Palmer S. J. Post-implantation pacemaker complications: the nurse's role in management. *British Journal of Cardiac Nursing*. 2014; 9(12): 592-8.
12. ศุภางค์ ดำเกิงธรรม, ยุพาพร หงษ์สามสิบเจ็ด, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับ การระงับความรู้สึกต่อความรู้ และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*. 2564; 29(1): 50-64.
13. สุจินดา ลดาสุนทร, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. ผลของโปรแกรมการใช้ สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มี ทวารเทียม รายใหม่. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*. 2562; 25(1): 43-57.
14. Knowles M.S. Self - directed learning: A neglected species. (3rd. ed). Houston: Gulf Publishing Co; 1984.
15. Knowles M.S. Self - directed learning: A neglected species. (3rd. ed). Houston: Gulf Publishing Co; 1984.
16. Faul F, Erdfelder, E, Buchner A, Lang A G. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*. 2009; 41(4): 1149-60.
17. ศศิธร มงคลสวัสดิ์. ผลของการใช้โปรแกรม การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทวารเทียม โรงพยาบาลขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์/ระดับปริญญาโท], เมืองเชียงใหม่; บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
18. Bloom B S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw–Hill; 1971.
19. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ. ระเบียบวิธีวิจัยทาง สังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนา บริหารศาสตร์; 2539.
20. Oliveira AP, Souza EN, Pellanda LC. Effectiveness of video resources in nursing orientation before cardiac heart surgery. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2016; 62(8) : 762-7.
21. Haupt BA, Beauvais A. Veterans receive high-fidelity simulation education preoperatively. *Clinical Simulation in Nursing*. 2014; 10(11) : 538-45.
22. Fasulo SM, Testa EJ, Lawler SM, Fitzgerald M, Lowe JT, Jawa A. A Preoperative Educational Video Improves Patient Satisfaction and Perceived Knowledge, but Not Patient Understanding for Total Shoulder Arthroplasty: A Randomized, Surgeon-Blinded Study. *Journal of Shoulder and Elbow Arthroplasty*. 2018; 2 : 1-2
23. Ng SX, Wang W, Shen Q, Toh ZA, He HG. The effectiveness of preoperative education interventions on improving perioperative outcomes of adult patients undergoing cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2021; 21(6) : 521-36
24. Fang P, Han S, Zhao L, Fang Z, Zhang Y, Zou X. What limits the utilization of health services among the rural population in the Dabie Mountains- evidence from Hubei province, China? *BMC Services Research*. 2014; 14 : 1-7

- 25.Xesfingi S, Vozikis A. Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. BMC health services research. 2016; 16(1) : 1-7.
- 26.Meng R, Li J, Zhang Y, Yu Y, Luo Y, Liu X, et al. Evaluation of patient and medical staff satisfaction regarding healthcare services in Wuhan Public Hospitals. International journal of environmental research and public health. 2018; 15(4) : 1-17.
- 27.Delcambre M, Haynes D, Hajar T, Golden S, Bar A, Latour E, et al. Using a Multimedia Tool for Informed Consent in Mohs Surgery: A Randomized Trial Measuring Effects on Patient Anxiety, Knowledge, and Satisfaction. Dermatologic Surgery. 2020; 46(5) : 591-8.

บทความวิจัย

ผลของการประคบอุ่นต่อการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่หาหลอดเลือดดำยากในหอผู้ป่วย เพชรรัตน์ 4C (หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ)

เบญจมาศ ฉันทศักดิ์¹จันทร์สุดาพรหม บุญธรรม²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างการประคบอุ่นด้วยผ้าร้อนไฟฟ้าก่อนเปิดหลอดเลือดดำกับเทคนิคการเปิดหลอดเลือดดำแบบปกติ ในผู้ป่วยที่หาหลอดเลือดดำยากโดยมีสมมุติฐานคือการประคบอุ่นก่อนการเปิดหลอดเลือดดำในผู้ป่วยวิกฤตที่มีหลอดเลือดดำหายากมีความสำเร็จมากกว่าการเปิดหลอดเลือดดำตามรูปแบบปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 160 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดดำตามเทคนิคปกติ จำนวน 80 คน และกลุ่มที่ทดลองที่ได้รับการประคบอุ่นด้วยผ้าร้อนไฟฟ้าอุณหภูมิ 40-45 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 15 นาที ก่อนเปิดหลอดเลือดดำตามเทคนิคปกติ จำนวน 80 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเป็นบล็อกโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามเกณฑ์คัดเข้า ระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2563 - 31 มีนาคม 2564

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้วิธีการประคบอุ่นสามารถเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จร้อยละ 98.8 ส่วนใหญ่สำเร็จในครั้งแรกร้อยละ 70 กลุ่มควบคุมที่ใช้วิธีการเปิดหลอดเลือดดำตามรูปแบบปกติสามารถเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จร้อยละ 72.5 และสามารถเปิดสำเร็จในครั้งแรกร้อยละ 30 การเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.001$) และจำนวนครั้งของการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.001$)

คำสำคัญ: การเปิดหลอดเลือดดำ/ ประคบอุ่น/ หลอดเลือดดำหายาก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Corresponding Author, Email: benjamad@nmu.ac.th

²อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Research article

The Effects of Local Warming for Difficult Peripheral Venous Access in Critically ill Patient

*Benjamad Chantasakda¹**Jansudaphan Boontham²*

Abstract

This study was a quasi – experimental research aimed to comparative study the peripheral intravenous cannulation between the local warming with electric hot towel before the cannulation and the normal technique in patients with difficult peripheral venous access. The hypothesis was that warming before the cannulation in critically ill patients with rare veins would be more successful than in the usual pattern. A sample was 160 patients in Phetcharat 4C unit, The Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. The sample was divided into control groups namely, 80 subjects who received peripheral intravenous cannulation by normal technique and 80 subjects in the experimental group that received the local warming with electric hot towel the local warming with 40-45 Celsius degrees electric hot towel for 15 minutes before before the cannulation. The sample was random by blocked using a computer program according to the inclusion criteria from 15 January 2022 to 31 March 2023.

The finding was found that the sample with local warming was able to access the peripheral venous at 98.8% and 70% success in the first time. The control group with normal cannulation technique was able to open peripheral venous at 72.5% and success in the first time at 30%. The success of peripheral intravenous cannulation between the experimental group and the control group was statistically significant different ($p\text{-value} \leq 0.001$), and the number of successful peripheral intravenous cannulation between the experimental and control groups were significantly different ($p\text{-value} \leq 0.001$)

Keywords: peripheral intravenous cannulation/ local warming/ difficult peripheral venous access

¹ Registered Nurse, Professional level, Phetcharat 4C unit, Department of Nursing,
Faculty of medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300
Corresponding Author, Email: benjamad@nmu.ac.th

² Lecturer, Department of Medical & Surgical Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

บทนำ

การให้สายน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่ปฏิบัติกันมาก ในโรงพยาบาลทั่วโลก¹ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สารน้ำ รักษาภาวะสมดุลของเกลือแร่ อิเล็กโทรไลต์ ในร่างกายรวมถึงสารอาหาร ยาที่ต้องการ ให้ออกฤทธิ์เร็ว หรือยาที่ไม่สามารถให้ในวิธีอื่นได้ จำเป็นต้องให้ทางหลอดเลือดดำเท่านั้น² ดังนั้น การเปิดหลอดเลือดดำจึงมีความจำเป็นสำหรับ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วย ที่หาหลอดเลือดดำยากหมายถึง การที่ไม่สามารถ แขนงหลอดเลือดดำได้สำเร็จได้ในครั้งเดียว มีปัจจัย หลายประการที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยหา หลอดเลือดดำยาก เช่น เชื้อชาติ และอาการ ทางคลินิกของผู้ป่วย ประสิทธิภาพความเชี่ยวชาญ ของบุคลากรด้านสุขภาพ คุณลักษณะของอุปกรณ์ ตำแหน่งที่แทงและลักษณะของหลอดเลือดดำ³ ทำให้ผู้ป่วยที่หาหลอดเลือดดำยากเข้าถึงการรักษา ได้ยากยิ่งขึ้น

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C (หอผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีบทบาทในการดูแล ผู้ป่วยวิกฤตโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยสูงอายุที่มี โรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย เป็นต้น ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีหลอดเลือดดำ ขนาดเล็ก หายาก และเกิดหลอดเลือดอักเสบ หลังได้รับยาที่มีความเข้มข้นสูงได้ง่าย การเปิด หลอดเลือดดำในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะยากกว่าผู้ป่วย ทั่วไป จากประสบการณ์เปิดหลอดเลือดดำหายาก ที่ผู้ป่วยเคยได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัวว่าจะเจ็บหรือต้องเปิดหลอดเลือดดำ หลายครั้ง ส่งผลให้พยาบาลที่ทำหัตถการกังวล กลัวจะเปิดหลอดเลือดดำไม่สำเร็จ⁴ แม้จะมี เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการหาหรือสแกนหลอดเลือดดำเพื่อให้่ายต่อการเปิดหลอดเลือดดำ เช่น color vision, ultrasound, near infrared, spectroscopy, visible light และ transilluminator ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการใช้งาน และมีราคาที่สูง

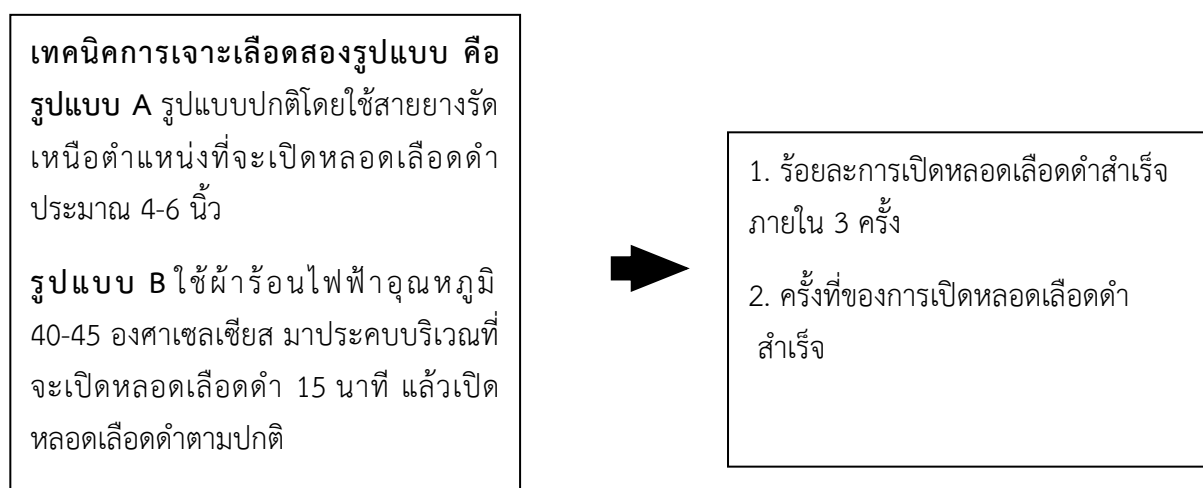
ไม่มีในทุกหอผู้ป่วย รวมไปถึงการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำส่วนกลางนั้นเป็นหัตถการที่ต้องทำ โดยแพทย์ อุปกรณ์สายที่ใช้มีราคาแพง การดูแลให้ การพยาบาลเป็นไปได้ยาก โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดออกจากรอยที่เปิด หลอดเลือดดำใหญ่ (bleeding) ลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) เลือดออกในเยื่อหุ้มปอด (hemothorax) ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเพราะต้องคาสาย ไว้เป็นเวลานาน⁵ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการใช้วิธีประคบอุ่นเพื่อให้สามารถช่วยให้เปิดหลอดเลือดดำได้ง่ายขึ้นและมีโอกาสสำเร็จ ในครั้งแรก^{6,7}

การประคบอุ่นส่งผลให้หลอดเลือดดำ ขยายตัว จากการศึกษาการประคบอุ่นที่อุณหภูมิ 42 องศาเซลเซียส เป็นเวลานาน 10 นาที ทำให้ เพิ่มขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดดำ ในผู้ใหญ่อายุ 20-40 ปี⁸ และการประคบอุ่นอุณหภูมิ ที่ 39-40 องศาเซลเซียส เป็นเวลานาน 5 นาที ก่อนการเปิดหลอดเลือดดำ จะทำให้ มองเห็นหลอดเลือดดำได้ชัดเจนขึ้นและทำให้ ประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดดำ ได้เพิ่มมากขึ้น ลดระยะเวลา และลดจำนวนครั้ง ในการเปิดหลอดเลือดดำ เพิ่มประสิทธิภาพ การเปิดหลอดเลือดดำ ลดความเจ็บปวดและ คลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย⁷ จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับการประคบอุ่น ก่อนเปิดหลอดเลือดดำยังมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการประคบอุ่นก่อน เปิดหลอดเลือดดำเปรียบเทียบกับพยาบาล แบบปกติ เพราะการประคบอุ่นเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ค่าใช้จ่ายน้อยเข้าถึงได้ง่าย เพื่อนำไปสู่ การพยาบาลที่มีคุณภาพ ลดความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อน ความกังวลในผู้ป่วย และเพิ่ม ความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและบุคลากรที่ทำ การเปิดหลอดเลือดดำประหยังบประมาณของ โรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาผลของการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จภายหลังการใช้ผ้าร้อนไฟฟ้าประคบอุ่นในผู้ป่วยวิกฤตที่มีหลอดเลือดดำเล็กหายาก ผู้วิจัยใช้แนวความคิดพื้นฐานทางสรีรวิทยาอาศัยหลักการของการนำความร้อน (heat conduction) และการถ่ายเทความร้อนที่สัมผัสกันโดยตรง ผ่านการใช้ผ้าร้อนไฟฟ้าประคบบริเวณที่ต้องการร่วมกับหลักการที่ความร้อนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่อระบบไหลเวียนโลหิต (hemodynamic effect) ความร้อนที่เพิ่มขึ้น มีผลทำให้หลอดเลือดดำขยายตัว (vasodilation) และเพิ่มการไหลเวียนโลหิต^{9,10} จากทฤษฎีข้างต้น ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการเปิดหลอดเลือดดำปกติ คือ เทคนิคใช้สายยางรัดเหนือตำแหน่งที่จะเปิดเข็มประมาณ 4-6 นิ้ว¹¹ แล้วทำการเปิด

หลอดเลือดดำ โดยก่อนการเปิดหลอดเลือดดำ จะใช้การประคบอุ่นด้วยผ้าร้อนไฟฟ้าที่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้เพื่อปรับอุณหภูมิ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อุณหภูมิที่ 40-45 องศาเซลเซียสประคบนาน 15 นาที เป็นอุณหภูมิและเวลาที่ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัวได้และไม่ทำให้ร้อนจนเกินไป¹² ดังนั้นการศึกษานี้จะใช้เทคนิคการเปิดหลอดเลือดดำ 2 แบบเปรียบเทียบกัน คือ รูปแบบ A รูปแบบปกติใช้สายยางรัดเหนือตำแหน่งที่จะเปิดเข็มประมาณ 4-6 นิ้ว รูปแบบ B ใช้ผ้าร้อนไฟฟ้าที่ควบคุมอุณหภูมิ 40-45 องศาเซลเซียส มาประคบ 15 นาที หลังจากนั้นเปิดหลอดเลือดดำผู้ป่วยตามวิธีปกติ จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นสามารถแสดงได้ดังแผนภูมิ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างการประคบอุ่นและการเปิดหลอดเลือดดำปกติ ในผู้ป่วยวิกฤตที่มีหลอดเลือดดำหายาก
2. เพื่อเปรียบเทียบครั้งที่ของการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างการประคบอุ่นและการเปิดหลอดเลือดดำปกติ ในผู้ป่วยวิกฤตที่มีหลอดเลือดดำหายาก

คำถามการวิจัย

อัตราการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จจะระหว่างการประคบอุ่นและการเปิดหลอดเลือดดำปกติ ในผู้ป่วยวิกฤตที่มีหลอดเลือดดำหายากแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบแบบเปิด (randomized control trial, open label)

โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมคือการเปิดหลอดเลือดดำด้วยวิธีปกติ เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองคือการใช้ประคบอุ่นด้วยผ้าร้อนไฟฟ้าที่ควบคุมอุณหภูมิ 40-45 องศาเซลเซียส 15 นาที ก่อนการเปิดหลอดเลือดดำในผู้ป่วยวิกฤตที่มีหลอดเลือดดำหายากที่หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2563 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยมีการสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากกลุ่มตัวอย่าง (randomization) ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งกลุ่มด้วยวิธีสุ่มเป็นบล็อก (block of four randomization) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และนำผลการสุ่มใส่ของปิดผนึกซึ่งเปิดของดังกล่าวเมื่อมีอาสาสมัครผ่านการคัดเลือกเข้าโครงการ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่าง ในการศึกษานี้ใช้การประมาณค่าขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G power version 3.1.9.4 สำหรับการเปรียบเทียบค่าสัดส่วน 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน exact-proportions: inequality, two independent groups (fisher's exact test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha=0.05$ อำนาจการทดสอบ 0.80 (power of test 80%) อัตราส่วนขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองต่อกลุ่มควบคุม (allocation ratio) เท่ากับ 1 และอ้างอิงค่าอัตราการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จหลังจากทำการเปิดหลอดเลือดดำมากกว่า 2 ครั้งของการเปิดหลอดเลือดดำตามรูปแบบปกติ (p2) จากการศึกษาในอดีต¹³ มีค่าเท่ากับร้อยละ 9 ($p2=0.09$) และกำหนดให้การประคบอุ่นก่อนเปิดหลอดเลือดดำ มีอัตราการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าหรือเป็นร้อยละ 27 จากเดิมที่ทำได้ร้อยละ 9 จะได้ค่า $p2=0.8$ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวนไม่น้อยกว่า 79 ครั้งต่อกลุ่มครั้งที่เปิดหลอดเลือดดำต่อกลุ่ม ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองการเปิดหลอดเลือด

ดำจำนวน 80 ครั้ง และกลุ่มควบคุมการเปิดหลอดเลือดดำจำนวน 80 ครั้ง

เกณฑ์การคัดเข้า

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่อายุ 18-85 ปี
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดดำล้มเหลว 2 ครั้ง
3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีค่า prothrombin time, international normalized ratio มากกว่า 1.5 เท่า
2. ผู้ป่วยมีภาวะบวมหรือผิวหนังอักเสบ บวมแดงบริเวณที่จะเปิดหลอดเลือดดำ
3. ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำและสัญญาณชีพไม่ปกติ
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนในการรักษา
5. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมซึ่งมีสาเหตุจากเบาหวาน (diabetic neuropathy)

เกณฑ์การหยุดการวิจัย

ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำและสัญญาณชีพไม่ปกติ ผู้ป่วยจะกลับเข้าสู่การรักษาตามปกติแล้วแต่ดุลพินิจของแพทย์ที่ทำการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ อุปกรณ์ผ้าร้อนไฟฟ้าชนิดปรับอุณหภูมิได้หุ้มด้วยผ้ากัมมะหยี่คริสตัล ขนาด 75×45×4 เซนติเมตร เปิดอุณหภูมิที่ 40-45 องศาเซลเซียส ใช้หุ้มบริเวณที่ต้องการเปิดหลอดเลือดดำ และอุปกรณ์ในการเปิดหลอดเลือดดำมีดังนี้ syringe ยี่ห้อ nipro, IV catheter ยี่ห้อ terumo รุ่น surflo ขนาด 22

ความยาว ¾ นิ้ว extension with t transparent พลาสเตอร์ ล้ำสีซิป 70% แอลกอฮอล์ 70% ทุบให้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สีผิว น้ำหนัก ส่วนสูง เข้ารับการรักษาด้วยโรค วันที่เริ่มนอน โรงพยาบาล โรคประจำตัว จำนวนวันที่นอน โรงพยาบาลจนถึงปัจจุบัน อัตราการเต้นของหัวใจ และค่าความดันโลหิต

2.2 แบบบันทึกจำนวนครั้งที่เปิดหลอดเลือดดำสำเร็จและรูปแบบการเปิดหลอดเลือดดำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย และการศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมารห์สโครงการ COA เลขที่ 003/63 กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ มีการปกปิดชื่อโดยใช้รหัสแทนชื่อ เมื่อการประเมินผลลัพธ์เสร็จสิ้น ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่สามารถสืบค้นระบุกลุ่มตัวอย่างได้ และจะทำลายทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการเตรียมผู้ประสานงานกับหอผู้ป่วยเพชรต้น 4C

2. เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจะมีผู้ประสานงานที่หอผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดดำหายาก แจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมการวิจัย

3. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มควบคุมคือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดดำด้วยวิธีปกติเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองคือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้ประคบอุ่นด้วยผ้าร้อนไฟฟ้าที่ควบคุมอุณหภูมิ 40-45 องศาเซลเซียส 15 นาที ก่อนการเปิดหลอดเลือดดำในผู้ป่วยวิกฤตที่มีหลอดเลือดดำหายาก โดยทำการสุ่มรูปแบบการเปิดหลอดเลือดดำจากซองที่เตรียมไว้ กลุ่มตัวอย่าง 1 รายอาจถูกสุ่มเปิดหลอดเลือดดำได้มากกว่า 1 ครั้ง การเปิดหลอดเลือดดำระหว่างการวิจัยจะเปิดที่หลอดเลือดดำเดิม แต่เปลี่ยนตำแหน่งใหม่หรือเปลี่ยนหลอดเลือดดำใหม่ก็ได้ และผู้ที่เปิดหลอดเลือดดำจะเป็นพยาบาลคนเดียวกับก่อนที่จะเข้าร่วมการวิจัย ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกการวิจัยเมื่อใดก็ได้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ และเมื่อเปิดหลอดเลือดดำครบ 3 ครั้งไม่สำเร็จกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาตามปกติแล้วแต่ดุลยพินิจของแพทย์ที่ทำการรักษา ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และจำนวนครั้งในการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป statistic package of social science for Window (SPSS/ FW) version 22.0 วิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์และนำเสนอเป็น 2 ส่วน ตามประเภทของข้อมูล ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สปีผิว โรคหลัก โรคร่วม นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงค่าความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ BMI ค่าความดันโลหิต จำนวนการเต้นของหัวใจ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล นำเสนอโดย ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) หรือค่ามัธยฐาน (median)

2. การเปรียบเทียบร้อยละของจำนวนที่เปิดหลอดเลือดดำสำเร็จ และครั้งที่ของการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างเทคนิคการเปิดหลอดเลือดดำตามรูปแบบปกติและการใช้ผ้าร้อนไฟฟ้าประคบอุ่น 15 นาที ก่อนการเปิดหลอดเลือดดำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-squared test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (fisher's exact test) ตามความเหมาะสม ของข้อมูล

ผลของการประคบอุ่นต่อการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จในผู้ป่วยวิกฤตที่มีหลอดเลือดดำหายาก พบว่า กลุ่มทดลองคือการใช้ประคบอุ่นด้วยผ้าร้อนไฟฟ้าที่ควบคุมอุณหภูมิ 40-45 องศาเซลเซียส 15 นาที ก่อนการเปิดหลอดเลือดดำสามารถเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จถึงร้อยละ 98.8 ส่วนใหญ่สำเร็จในครั้งแรก ร้อยละ 70 ครั้งที่สอง ร้อยละ 21.3 และครั้งที่สามร้อยละ 7.5 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมคือการใช้การเปิดหลอดเลือดดำด้วยวิธีปกติสามารถเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จร้อยละ 72.5 สามารถเปิดสำเร็จในครั้งแรก ร้อยละ 30 ครั้งที่สอง ร้อยละ 25 และครั้งที่สามร้อยละ 17.5 ทั้งนี้ ยังเปิดไม่สำเร็จถึง 27.5

เมื่อเปรียบเทียบความสำเร็จของการเปิดหลอดเลือดดำ พบว่า การเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value ≤ 0.001) และจำนวนครั้งที่ของการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value ≤ 0.001) ดังตารางที่ 1

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ และความแตกต่าง ของการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างการประคบอุ่นและการเปิดหลอดเลือดดำปกติในผู้ป่วยวิกฤตที่มีหลอดเลือดดำหายาก

การเปิดหลอดเลือดดำ	กลุ่มทดลอง (n=80)		กลุ่มควบคุม (n=80)		fisher's exact
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเปิดหลอดเลือดดำ					
สำเร็จ	79	98.8	58	72.5	<0.001*
ไม่สำเร็จ	1	1.2	22	27.5	
จำนวนครั้งที่ของการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จ					
ครั้งที่ 1	56	70.0	24	30.0	<0.001*
ครั้งที่ 2	17	21.3	20	25.0	
ครั้งที่ 3	6	7.5	14	17.5	
ไม่สำเร็จ	1	1.3	22	27.5	

*p < 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งร้อยละความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดดำของกลุ่มทดลองที่ประคบอุ่นที่อุณหภูมิ 40-45 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 15 นาที ก่อนเปิดหลอดเลือดดำนั้นสูงถึงร้อยละ 98 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้การประคบอุ่นเฉพาะที่ในการเปิดหลอดเลือดดำผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าการประคบอุ่นบริเวณที่จะเปิดหลอดเลือดดำ ก่อนเปิดหลอดเลือดดำ สามารถทำให้เปิดหลอดเลือดดำ สำเร็จถึงร้อยละ 90⁶ และการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ประคบอุ่นที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส ± 2 องศาเซลเซียส ประคบ 15 นาที ก่อนการเปิดหลอดเลือดดำอาสาสมัครจำนวน 72 คน อายุระหว่าง 20-64 ปี พบว่า การประคบอุ่นส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัวเพิ่มขึ้น เพิ่มความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดดำ ทั้งนี้ยังปลอดภัย ไม่ส่งผลต่ออุณหภูมิร่างกาย¹¹ รวมไปถึงการศึกษา Rose Mary และคณะ ทำการศึกษาการผลของการประคบอุ่นต่อการมองเห็นและสัมผัสได้ถึงหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดดำ พบว่า ความร้อนมีผลเพิ่มการมองเห็นและสัมผัสได้ของหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Simarpreet และคณะ ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ความร้อนประคบก่อนการเปิดหลอดเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดอายุ 41-60 ปี ประคบความร้อนที่อุณหภูมิ 39-40 องศาเซลเซียส นาน 10 นาที พบว่าค่าคะแนนความชัดเจนของหลอดเลือดจากร้อยละ 45.6 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 78.4¹⁵ ทั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีสรีรวิทยาอาศัยหลักการของการนำความร้อน (heat conduction) และการถ่ายเทความร้อนที่สัมผัสกันโดยตรง ผ่านการใช้ผ้าร้อนไฟฟ้าประคบบริเวณที่ต้องการ ร่วมกับหลักการที่ความร้อนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่อระบบไหลเวียนโลหิต (hemodynamic

effect) ความร้อนที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้หลอดเลือดดำขยายตัว (vasodilation) และเพิ่มการไหลเวียนโลหิต^{9,10} ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการประคบอุ่นสามารถช่วยให้หลอดเลือดดำขยายตัว สามารถมองเห็นได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ประสบผลสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดดำได้เพิ่มมากขึ้น ลดระยะเวลาในการเปิดหลอดเลือดดำผู้ป่วย^{14,15} จึงส่งผลให้อัตราการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จในกลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบอุ่นก่อนเปิดหลอดเลือดดำแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ใช้เทคนิคการเปิดหลอดเลือดดำปกติ

จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นก่อนเปิดหลอดเลือดดำสามารถเปิดหลอดเลือดดำสำเร็จในครั้งแรกถึงร้อยละ 70 ซึ่งต่างจากกลุ่มที่ใช้เทคนิคการเปิดหลอดเลือดดำรูปแบบปกติที่เปิดหลอดเลือดดำสำเร็จในครั้งแรกเพียง ร้อยละ 30 และเปิดหลอดเลือดดำไม่สำเร็จร้อยละ 27.5 ซึ่งต่างจากกลุ่มที่ประคบอุ่นที่เปิดหลอดเลือดดำไม่สำเร็จเพียงร้อยละ 1.3 นั้นอาจกล่าวได้ตามข้างต้นว่าการประคบอุ่นส่งผลหลอดเลือดมองเห็นชัดเจนขึ้นสามารถเปิดหลอดเลือดดำได้ง่ายขึ้น สอดคล้องการศึกษาของ Sule Biyik Bayram และ Nurcan Caliskan ทำการศึกษาผลการประคบอุ่นก่อนเปิดหลอดเลือดดำในผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าการประคบอุ่นที่อุณหภูมิที่ 52 องศาเซลเซียส นาน 10 นาที ส่งผลให้เปิดหลอดเลือดดำสำเร็จในครั้งแรกถึงร้อยละ 90 และเพิ่มความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดดำครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) และลดระยะเวลาในการเปิดหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ยังลดปวดและความสนใจของผู้ป่วย⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์และคณะ ทำการศึกษาผลของการประคบอุ่นต่อความปวดระหว่างการเจาะเลือดของเด็กวัยเรียน พบว่า คะแนนปวดของกลุ่ม

ประคบอุ่นต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้เทคนิคธรรมดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปิดหลอดเลือดดำไม่สำเร็จในครั้งแรกนั้น เกิดจากความวิตกกังวล และความปวดของผู้ป่วย¹⁷ เนื่องจากความปวดและความวิตกกังวลกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว⁹ เป็นผลให้ความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดดำครั้งแรกลดลง การประคบอุ่นสามารถลดความปวด ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดดำ ทั้งยังเพิ่มความสุขสบายให้ผู้ป่วย¹⁸ เป็นไปตามผลการศึกษานี้ที่จำนวนครั้งความสำเร็จของการเปิดหลอดเลือดดำของกลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่สำเร็จในครั้งแรกเป็นผลให้จำนวนครั้งที่เปิดหลอดเลือดดำสำเร็จของการประคบอุ่นก่อนเปิดหลอดเลือดดำต่างจากการเปิดหลอดเลือดดำปกติ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การประคบอุ่นส่งผลต่ออัตราความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดดำในผู้ป่วยวิกฤตที่หาหลอดเลือดดำยาก เป็นวิธีที่ง่ายทำได้ก่อนการเปิดหลอดเลือดดำ ค่าใช้จ่ายและภาวะแทรกซ้อนน้อย สามารถนำผลการประคบอุ่นมาเพิ่มคุณภาพการพยาบาลในการเปิดหลอดเลือดดำได้สำเร็จมากขึ้นและยังช่วยลดปวดได้เมื่อเทียบกับเทคนิคการเปิดหลอดเลือดดำปกติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถประยุกต์ใช้การประคบอุ่นที่อุณหภูมิ 40-45 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 15 นาที ก่อนการเปิดหลอดเลือดดำ เพื่อให้การเปิดหลอดเลือดดำเป็นไปได้ง่าย ผู้ป่วยไม่เจ็บหลายครั้ง ทั้งนี้การประคบอุ่นยังช่วยลดความปวด ช่วยให้ผู้ป่วยคลายกังวล สุขสบายมากขึ้น แม้การประคบอุ่นจะเป็นวิธีที่ง่ายแต่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดรวมถึงการตั้งอุณหภูมิที่เหมาะสม ควรทดสอบกับผิวของพยาบาลก่อนว่าไม่ร้อนเกินไป เพื่อลดการเกิดผิวหนังบริเวณที่ประคบไหม้จากความร้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Helm RE, Klausner JD, Klemperer JD, Flint LM, Huang E. Accepted but unacceptable: peripheral IV catheter failure. *J Infus Nurs.* 2015; 38(3): 189-203.
2. Marsh N, Webster J, Mihala G, Rickard CM. Devices and dressings to secure peripheral venous catheters: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies.* 2017; 67: 12-9.
3. Eren H. Difficult Intravenous Access and Its Management. 2021. Retrieved from <https://www.intechopen.com/chapters/75477>.
4. Alexandrou E, Ray-Barruel G, Carr PJ, Frost SA, Inwood S, Higgins N, et al. Use of short peripheral intravenous catheters: characteristics, management, and outcomes worldwide. *Journal of hospital medicine.* 2018; 13(5).
5. Hilton E, Haslett TM, Borenstein MT, Tucci V, Isenberg HD, Singer C. Central catheter infections: single- versus triple-lumen catheters. Influence of guide wires on infection rates when used for replacement of catheters. *Am J Med.* 1988; 84(4): 667-72.
6. Biyik Bayram S, Caliskan N. Effects of local heat application before intravenous catheter insertion in chemotherapy patients. *J Clin Nurs.* 2016; 25(11-12): 1740-7.
7. Robinson-Reilly M. Application of heat prior to intravenous catheter insertion to improve comfort and safety for patients requires further research. *Evid Based Nurs.* 2017; 20(1): 15.

8. Homayouni A, Tabari-Khomeiran R, Asadi-Louyeh A. Investigating the effect of local warming on vein diameter in the antecubital area in adults aged 20-40 years. *Br J Nurs*. 2019; 28(8): S20-s6.
9. Kozier B. *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*: pearson education; 2008.
10. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall A. *Fundamentals of nursing-e-book*: Elsevier health sciences; 2021.
11. Yamagami Y, Tomita K, Tsujimoto T, Inoue T. Tourniquet application after local forearm warming to improve venodilation for peripheral intravenous cannulation in young and middle-aged adults: A single-blind prospective randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2017; 72: 1-7.
12. Sarsar A, Kumari V, Sharma T, Sarin J. An experimental study to assess the effect of moist heat therapy on ease of peripheral venous cannulation among patients admitted in selected hospital of Ambala, Haryana. *Int J Health Sci Res*. 2019; 9(1): 104-11.
13. Tokizawa Y, Tsujimoto T, Inoue T. Duration of venodilation for peripheral intravenous cannulation, as induced by a thermal stimulus on the forearm. *Biological research for nursing*. 2017; 19(2): 206-12.
14. Rose Mary G, Hemant T. Effectiveness of moist heat therapy on the visibility and palpability of peripheral veins before peripheral venous cannulation among patients undergoing intravenous cannulation. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*. 2022: 1823-33.
15. Simarpreet K, Ruchika R, Prabhjot S, Jasbir K. Effect of moist heat therapy on the visibility and palpability of veins before peripheral intravenous cannulation of patients undergoing chemotherapy. *Int J Adv Res*. 2018; 6: 230-6.
16. สุดารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์, พวงยุพา ยิ้มเจริญ ขวัญชนก ดาวฮามแป. ผลของการประคบอุ่นต่อความปวดระหว่างการเจาะเลือดของเด็กวัยเรียน. *Thai Journal of Nursing Council*. 2018; 33: 59-69.
17. Lenhardt R, Seybold T, Kimberger O, Stoiser B, Sessler DI. Local warming and insertion of peripheral venous cannulas: single blinded prospective randomised controlled trial and single blinded randomised crossover trial. *Bmj*. 2002; 325(7361): 409.
18. Korkut S, Karadağ S, Doğan Z. The Effectiveness of Local Hot and Cold Applications on Peripheral Intravenous Catheterization: A Randomized Controlled Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2020; 35(6): 597-602.

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดัน ในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีการระบายน้ำไขสันหลัง จากโพรงสมอง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ดารานี นงเยาว์¹พริลลักษณ์ ลาภหลาย²มารศรี ปันสุวรรณ³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยใช้กรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์งานวิจัย นำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วย AGREE II จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ 30 คน และผู้ป่วย 40 คน

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาเทคนิคที่สำคัญในแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง มี 8 กิจกรรมหลัก คือ 1) การจัดท่าผู้ป่วย 2) การดูแลตำแหน่งของสายระบายน้ำไขสันหลัง 3) การดูแลแผลผ่าตัด 4) การเฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณสายระบายและถุงรองรับน้ำไขสันหลัง 5) การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากลักษณะของน้ำไขสันหลัง 6) การบันทึกปริมาณน้ำไขสันหลัง 7) การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และ 8) สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลัง โดยมีการประเมินผลและติดตามต่อเนื่อง ผลจากการนำไปใช้คือ พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และคะแนนความพึงพอใจพยาบาลมีระดับพอใจมากถึงมากที่สุด ผลการศึกษานี้ก่อให้เกิดผลดีทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และควรศึกษาวิจัยผลการนำไปใช้และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล/ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง/ สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยในศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
Corresponding Author, Email: Daraneenongyow@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยในศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Research article

The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Increased Intracranial Pressure in Patients with External Ventriculostomy at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

*Daranee Nongyow¹**Piraluk Laplai²**Marasri Pinsuwan³***Abstract**

The purpose of this action research study were 1) develop a clinical nursing practice guideline and 2) examine effectiveness of clinical nursing practice guideline to prevent increased intracranial pressure among patients with external ventricular drainage in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. The clinical nursing practice guideline utilization was developed using the evidence-based practice as a framework. The developed clinical pathway was construct validated with AGREE II by 7 experts and adjusted for better application. The participants were included 30 registered nurses and 40 patients.

The results of this study found that the important develop technique on nursing intervention to prevent increased intracranial pressure among patients with external ventricular drainage were eight core nursing interventions included 1) patient positioning 2) external ventricular drainage system positioning 3) dressing change 4) external ventricular drainage bag and catheter care 5) cerebrospinal fluid (CSF) care 6) CSF volume documentation 7) monitoring the risk during transfer mobilization and 8) monitoring clinical signs of IICP after EVD was removed. The effectiveness outcome was high performance nursing care among patients with external ventricular drainage and high to highest level of satisfaction scores. The result of this study was safer patient and personnel. It should be continuing patient care.

Keywords: clinical nursing practice guideline/ increased intracranial pressure/ ventriculostomy

¹ Registered Nurse, Professional level, Head nurse in males surgical department, Pra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Corresponding author, Email: Daraneenongyow@gmail.com

² Registered Nurse, Professional level in males surgical department, Pra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

³ Registered Nurses, Senior Professional level, Head of Surgical Division, Pra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

บทนำ

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นภาวะฉุกเฉิน อาจมีสาเหตุมาจากเลือดออกในสมอง เนื้องอกในสมอง สมองบวม สมองซ้ำ และมีการอุดตันทางเดินของน้ำไขสันหลัง ในผู้ป่วยที่มีน้ำในโพรงสมองคั่ง (hydrocephalus) ที่ได้รับการผ่าตัด external ventricular drainage (EVD) หรือ ventriculostomy เพื่อระบายน้ำในโพรงสมอง (cerebrospinal fluid: CSF) ลงสู่อุปกรณ์รองรับภายนอก ร่างกายชั่วคราว^{1,2} external ventricular drainage (EVD) หรือ ventriculostomy เป็นการผ่าตัดใส่ท่อซิลิโคนหรือพลาสติกใสขนาดเล็กผ่านเนื้อสมองเข้าสู่โพรงสมอง ตำแหน่งที่นิยมคือ anterior (frontal) horn ของ lateral ventricle EVD เป็นมาตรฐานอันดับแรกในการเลือกใช้ในการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) กลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (traumatic brain injury) เป็นต้น EVD ช่วยให้สามารถติดตามอาการภายหลังได้รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง^{2,3}

การพยาบาลที่สำคัญ คือ การจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา โดยศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน ไม่ก้มหรือบิดหมุน การให้ออกซิเจนก่อนและหลังดูดเสมหะ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด และการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ความดันในกะโหลกศีรษะ (intracranial pressure: ICP) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และการติดตามเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยแล้วยังช่วยลดความพิการที่อาจเกิดขึ้น⁴ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการพยาบาลต้องสามารถประเมินอาการทางระบบประสาท (neurological signs) ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง รวมทั้งกลไกการปรับตัวเองของสมอง (auto regulation) และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อสมองในระยะแรก (primary brain injury) สามารถประเมิน

ปัญหาและประเด็นการพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง

จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด EVD พบว่า การตั้งระดับจุดหยด (drop point) ของ EVD ไม่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 50 และยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองที่ชัดเจน อีกทั้งบุคลากรพยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน โดยที่ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางศัลยกรรม ประสาทคิดเป็นร้อยละ 92 ส่งผลให้การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่ใส่ EVD เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ EVD อีกทั้งหน่วยงานจะได้มีแนวทางการดูแลเพื่อดักจับความเสี่ยงและจัดการผู้ป่วยในทิศทางเดียวกันให้มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินโรคและการรักษาโรคที่ป้องกันได้ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด และส่งผลให้เกิดคุณภาพของการดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจาก

โพรงสมองเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้วิจัยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของชูชีพ⁵ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ประกอบด้วยกระบวนการพัฒนา 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาด้านคลินิก (evidence-trigger phase) ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-supported phase) ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (evidence-observe phase) และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence based phase)

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาด้านคลินิก ได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ 1) การทบทวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผ่านมาในการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากประสบการณ์การทำงาน พบว่า ไม่มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงผู้ป่วยที่มีปัญหาศัลยกรรมประสาทและสมองที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองในหน่วยงาน มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาทจำนวนน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วย 2) การทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากกิจกรรมการพยาบาลภายหลังการทำ EVD คือ การตั้งระดับจุดหยุดของน้ำไขสันหลังไม่ถูกต้อง การดูแลสายระบายและถุงรองรับน้ำไขสันหลังไม่ถูกต้อง การลงบันทึกปริมาณน้ำไขสันหลัง และไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การจัดท่าและพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ การเพิ่มการระบายอากาศ (hyperventilation) การดูแลความสะอาดของร่างกาย^{3,6}

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยการจัดตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้นเพื่อกำหนดขอบเขตในการค้นคว้าข้อมูล ได้งานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่มี

สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง (external ventricular drainage) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้หลักฐานที่เกี่ยวข้องมากที่สุด มีขั้นตอนต่อไปนี้ใช้กรอบ PICO ในการสืบค้นโดย (P) population = ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) เนื้องอกในสมอง (brain tumor) ที่มีการอุดตันทางเดินของน้ำไขสันหลังในโพรงสมองคั่ง (hydrocephalus) ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (traumatic brain injury) ที่ได้รับการผ่าตัด external ventricular drainage (I) Intervention = กิจกรรมที่ป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (C) comparison = ไม่มี และ (O) outcome = ผลลัพธ์ที่ป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยมีขอบเขตในการสืบค้นคือใช้หลักฐานที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2023 ทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ มีการใช้คำสำคัญในการสืบค้น ประกอบด้วย clinical nursing practice guideline, increased intracranial pressure (IICP), external ventricular drainage โดยกำหนดแหล่งในการสืบค้นประกอบด้วย การสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล CINAHL, OVID, ProQuest, Pubmed, และ Science direct การสืบค้นในฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับใหม่ของสมาคมวิทยาลัยพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (American association of colleges of nursing; AACN) ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized controlled trials (RCT), ระดับ B หมายถึง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีทั้งการสุ่ม (Randomized controlled trial) และไม่มีการสุ่มกลุ่มทดลองที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีและมีผลการศึกษาสอดคล้องกับกิจกรรมการจัดการกระทำหรือการรักษา ระดับ C หมายถึง งานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative studies) งานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive studies) หรือการศึกษาความสัมพันธ์ (correlational studies)

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มทดลองที่มีผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ระดับ D หมายถึง มาตรฐานขององค์กรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และมีการศึกษาทางคลินิกสนับสนุนคำแนะนำ ระดับ E หมายถึง ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่อ้างบนพื้นฐานของทฤษฎีหรือการรายงานกรณีศึกษา และ ระดับ F หมายถึง คำแนะนำจากผู้ผลิตเท่านั้น จากนั้นนำมาวิเคราะห์ และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือก เพื่อให้ได้สาระสำคัญนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล⁷ ต่อมาจึงทำการร่างแนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและเนื้อหาหลัก เรียงลำดับกิจกรรมก่อนและหลังตามความสำคัญ กิจกรรมได้จากการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินความเป็นไปได้เพื่อการนำไปใช้ งานวิจัยที่ศึกษามีกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยซึ่งมีประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นอย่างยิ่ง และการปฏิบัติไม่ซับซ้อน ความเป็นไปได้ในการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงพยาบาลทุกระดับสามารถกระทำได้ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ เป็นการนำแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาใช้ครั้งที่ 1 ประชุมชี้แจงผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและการเก็บข้อมูลตามแบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 40 ราย เมื่อดำเนินการเสร็จนำผลสรุปและวิเคราะห์ผลเสนอที่ปรึกษาและผู้ปฏิบัติวิพากษ์ให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติและแบบประเมินการปฏิบัติใหม่ หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูล วิเคราะห์สรุปผล และนำเสนอในที่ประชุมผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมเสนอแนะ หลังจากนั้นจึงนำแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ใหม่ครั้งที่ 2 พร้อมทั้งสร้างเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 11 เรื่อง

ประกอบด้วยระดับ A, B, C จำนวน 2^{8,9}, 3¹⁰⁻¹² และ 6¹³⁻¹⁸ เรียงตามลำดับ หลังจากนั้นได้จัดทำร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ส่งตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน แล้วทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แนวทางปฏิบัติฉบับสมบูรณ์เนื้อหา ดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในผู้ป่วยที่มีการระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง มีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย คือ 1) การจัดทำผู้ป่วย (positioning) 2) การดูแลตำแหน่งของสายระบายน้ำไขสันหลัง (drainage system positioning) 3) การดูแลแผลผ่าตัด (dressing change) 4) การเฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณสายระบายและถุงรองรับน้ำไขสันหลัง (drainage bag and catheter care) 5) การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากลักษณะของน้ำไขสันหลัง (CSF care) 6) การบันทึกปริมาณน้ำไขสันหลัง (CSF volume documentation) 7) การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (monitoring the risk during transfer) และ 8) สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลัง (monitoring clinical signs of IICP after EVD was removed)

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง ในหน่วยงานเป็นระยะของการผสมผสานแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วเข้าสู่การปฏิบัติจริง ผู้วิจัยวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในหน่วยงาน ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนี้ 1) นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วในที่ประชุมบริหารการพยาบาลและทีมดูแลกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง 2) จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลเพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) นำแนวการปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อติดตามประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง และศัลยกรรมอุบัติเหตุที่รับผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบประสาทและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองจำนวน 40 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง และศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 ราย กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง จำนวน 40 ราย และหลังผ่าตัดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง และศัลยกรรมอุบัติเหตุยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนามแทนจากญาติผู้ดูแลหลัก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: ใช้โปรแกรม G*Power (A Priori: Compute required sample size – given α , power and effect size) กำหนด Type I error และ Type II error เท่ากับ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 30 ราย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วย AGREE II จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมประสาทจำนวน 4 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ผ่านการอบรมศัลยกรรมประสาทจำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน ประกอบด้วยหัวข้อการประเมิน ดังนี้ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วม

ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนของการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ และการประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวม และประเมินเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่มโดยข้อคำถามจะครอบคลุมด้านอรรถประโยชน์ ด้านความถูกต้อง ด้านความเป็นไปได้ และด้านความเหมาะสม โดยทำการทดสอบก่อน-หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเคลื่อน (brain herniated) และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการตั้งระดับจุดหยดไม่ถูกต้อง (ถ้ามี)

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับพยาบาล ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์การผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท

2.3 แบบสอบถามความเป็นไปได้ การนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง สำหรับพยาบาลเป็นแบบประเมินผลการปฏิบัติ ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก คือ 1) การจัดท่าผู้ป่วย 2) การดูแลตำแหน่งของสายระบายน้ำไขสันหลัง 3) การดูแลแผลผ่าตัด 4) การเฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณสายระบายและถุงรองรับน้ำไขสันหลัง 5) การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากลักษณะของน้ำไขสันหลัง 6) การบันทึกปริมาณน้ำไขสันหลัง 7) การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และ 8) สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลัง โดยที่ 7 กิจกรรมเป็นการดูแลผู้ป่วยขณะใส่ EVD และอีก 1 กิจกรรมเป็นการพยาบาลภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง ซึ่งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบการประเมินเป็น 2 หมวด คือ ปฏิบัติได้ และไม่ได้ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาล เป็นแบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ ผลรวมคะแนนมาก หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการดูแลมากที่สุดในการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง (ร้อยละ 81-100)

จริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ COA017/65 การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายจนเข้าใจ และแจ้งสิทธิในการปฏิเสธ รวมทั้งถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เกิดผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ ตามระเบียบวิธีทางสถิติ

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผล คือ สถิติพื้นฐาน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพพบว่า มีอายุอยู่ระหว่าง 22-49 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 31.13 ปี (range 27.00, SD. = 7.68) โดยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองเฉลี่ย 9.10 ปี (SD. = 7.68) ซึ่งมี 9 คนจาก 30 คนเคยผ่านประสบการณ์การผ่านการอบรมเฉพาะทางผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท คิดเป็นร้อยละ 30 ผลการนำไปใช้ พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลร้อยละ 100 และจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้พยาบาลมีความมั่นใจมากขึ้นส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจมีระดับมากขึ้นด้วย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุระหว่าง 22 - 49 ปี อายุเฉลี่ย 31.13 ปี (range 27.00, SD. = 7.68)		
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองอยู่ระหว่าง 1 - 27 ปี เฉลี่ย 9.10 ปี (range 27.00, SD. = 7.68)		
ประสบการณ์การผ่านการอบรมเฉพาะทางผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท		
ผ่านการอบรม	9	30.00
ไม่ผ่านการอบรม	21	70.00

1.2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง มีข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยมีทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62.50 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 70 ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 18 ใน 28 คน (ร้อยละ 45) มีโรคประจำตัว 2 โรค

ร่วมกัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง และข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาใส่ EVD ส่วนใหญ่เป็น intracerebral hemorrhage with intraventricular hemorrhage ร้อยละ 52.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุระหว่าง 24 - 78 ปี อายุเฉลี่ย 55.77 ปี (range 54.00, SD. = 13.36)		
เพศ		
หญิง	15	37.50
ชาย	25	62.50
โรคประจำตัว		
ไม่มี	12	30.00
มี ความดันโลหิตสูง	3	7.50
ไขมันในเลือดสูง	2	5.00
เบาหวาน	2	5.00
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	18	45.00
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจและหลอดเลือด	2	5.00
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวาย	1	2.50
ข้อบ่งชี้ในการใส่ EVD		
brain tumor	1	2.50
intracerebral hemorrhage with intraventricular hemorrhage	21	52.50
brain aneurysm	2	5.00
traumatic brain injury	16	40.00

2. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองได้ผลลัพธ์ดังนี้

2.1 ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีท่อระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง ผลการประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองไปใช้ทั้ง 8 กิจกรรม ซึ่ง 7 กิจกรรมเป็นการดูแลขณะใส่ท่อระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง และอีก 1 กิจกรรมเป็นการพยาบาลภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ส่วนกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติ ในกิจกรรมที่ 1 การจัดท่าผู้ป่วยคือ การตรวจสอบตำแหน่งของจุดหยดหรือจุดโค้งของสาย (drop point) เมื่อมีการเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยเสมอโดยกิจกรรมที่ 3 การดูแลแผลผ่าตัด คือ การติดตามประเมินบาดแผลผ่าตัดทุก 6-8 ชั่วโมง หากมีความชื้นบ่งชี้ถึงการรั่วซึม

ของน้ำไขสันหลังหรือเป็นสัญญาณของอาการแสดงการติดเชื้อที่สายระบายน้ำไขสันหลังการดูแลบาดแผลเมื่อครบ 24 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดควรเปิด dressing แผลด้วย 0.9% normal saline และ 25% chlorhexidine และปิดแผลด้วย gauze และในกรณีที่ปิดแผลเป็น transparent film dressing จากห้องผ่าตัดควรเปิด dressing แผลวันที่ 5-7 ภายหลังผ่าตัด กิจกรรมที่ 4 การเฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณสายระบายและถุงรองรับน้ำไขสันหลัง คือ การใช้หลัก aseptic technique for handling กิจกรรมที่ 6 การบันทึกปริมาณน้ำไขสันหลัง คือ การบันทึกปริมาณน้ำไขสันหลังโดยใน 1 ชั่วโมง ควรมีปริมาณอยู่ที่ 5-15 ml/hr ควรลงบันทึกทุก 8 ชั่วโมง และประเมินปริมาตรโดยรวมเมื่อครบ 24 ชั่วโมง และการประเมิน CSF leakage และสุดท้ายกิจกรรมที่ 7 การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในขณะเคลื่อนย้ายหรือทำกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย คือ การให้ออกซิเจนนานกว่า 30 วินาที ในช่วงก่อนและหลังดูดเสมหะ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่สามารถนำแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่มีท่อระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองไปใช้จำแนกตามกิจกรรม (n = 30)

กิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	
	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่ 1 การจัดทำผู้ป่วย		
1.1 จัดทำนอนศีรษะสูง 15-30 องศา	30	100
1.2 จัดทำนอนให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง	30	100
1.3 ตรวจสอบตำแหน่งของจุดหยดหรือจุดโค้งของสาย (drop point) เมื่อมีการเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยเสมอ	24	80
กิจกรรมที่ 2 การดูแลตำแหน่งของสายระบายน้ำไขสันหลัง		
2.1 ตั้งระดับจุดหยดหรือจุดโค้งของสาย EVD อยู่เหนือดิ่งหน้าหู (tragus) 10-20 cmH ₂ O หรือตามแผนการรักษาของแพทย์	30	100
2.2 หนีบสายระบายน้ำไขสันหลังเมื่อมีกิจกรรมที่จำเป็นต้องกระทำต่อผู้ป่วย และไม่ควรรนานเกิน 30 นาที	30	100
กิจกรรมที่ 3 การดูแลแผลผ่าตัด		
3.1 ติดตามประเมินบาดแผลผ่าตัดทุก 6-8 ชั่วโมง หากมีความขึ้นบ่งชี้ถึงการรั่วซึมของน้ำไขสันหลังหรือเป็นสัญญาณของอาการแสดงการติดเชื้อที่สายระบายน้ำไขสันหลัง	10	33.33
3.2 เมื่อครบ 24 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดควรเปิด dressing แผลด้วย 0.9% normal saline และ 25% chlorhexidine และปิดแผลด้วย gauze	10	33.33
3.3 ในกรณีที่ปิดแผลเป็น transparent film dressing จากห้องผ่าตัดควรเปิด dressing แผลวันที่ 5-7 ภายหลังผ่าตัด	28	93.33
กิจกรรมที่ 4 การเฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณสายระบายและถุงรองรับน้ำไขสันหลัง		
4.1 ใช้หลัก aseptic technique for handling	25	83.33
4.2 จำกัดปริมาณน้ำไขสันหลังให้มีความพอดีกับถุงรองรับน้ำไขสันหลัง	30	100
4.3 สังเกตสายไม่หักพับ หรือการดิ่งรั้งสายระบายน้ำไขสันหลังมากเกินไป สังเกตการกระเพื่อม (fluctuation)	30	100
กิจกรรมที่ 5 การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากลักษณะของน้ำไขสันหลัง		
5.1 ประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	30	100
5.2 ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง	30	100
5.3 บันทึกและสังเกตลักษณะของน้ำไขสันหลัง	30	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่สามารถนำแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่มีท่อระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมองไปใช้จำแนกตามกิจกรรม (n = 30) (ต่อ)

กิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	
	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่ 6 การบันทึกปริมาณน้ำไขสันหลัง		
6.1 บันทึกปริมาณน้ำไขสันหลัง โดยใน 1 ชั่วโมง ควรมีปริมาณอยู่ที่ 5-15 ml/hr ควรลงบันทึกทุก 8 ชั่วโมง และประเมินปริมาตรโดยรวมเมื่อครบ 24 ชั่วโมง	24	72.72
6.2 ประเมิน CSF leakage	25	83.33
กิจกรรมที่ 7 การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในขณะเคลื่อนย้ายหรือทำกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย		
7.1 เมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในทุกกรณีสามารถหนีบสายระบายน้ำไขสันหลังได้ไม่ควรเกิน 30 นาที	30	100
7.2 ดูปะการะเหมีมีข้อบ่งชี้ ไม่เกิน 10-15 วินาที	30	100
7.3 ให้ออกซิเจนนานอย่างน้อย 30 วินาที ในช่วงก่อนและหลังดูปะการะเหมี	8	26.66
กิจกรรมที่ 8 สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลัง		
8.1 สังเกตและประเมินอาการทางระบบประสาท	30	100
8.2 หลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลัง ควรให้แพทย์เย็บแผลทุกครั้ง	30	100
8.3 สังเกตลักษณะของบาดแผลว่ามีารรั่วซึมของน้ำไขสันหลัง	30	100

2.2 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจมากที่สุด 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านเนื้อหา มีความชัดเจน ด้านมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน และด้านความเห็นด้วยในการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 5 รองลงมาเป็นด้านการที่แนวปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้คะแนนเฉลี่ย 4.24 พึงพอใจมาก น้อยที่สุดเป็นคะแนนความพึงพอใจในระดับมากในด้านสะดวกในการนำไปปฏิบัติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 4

การอภิปรายผล

1. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วย

ที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง โดยมีการดำเนินการตามกระบวนการขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทางพยาบาลโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเนื้อหาสาระแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญมีกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 1) การจัดทำผู้ป่วย 2) การดูแลตำแหน่งของสายระบายน้ำไขสันหลัง 3) การดูแลแผลผ่าตัด 4) การเฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณสายระบายและถุงรองรับน้ำไขสันหลัง 5) การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากลักษณะของน้ำไขสันหลัง 6) การบันทึกปริมาณน้ำไขสันหลัง 7) การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และ 8) สังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลัง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำ

ไขสันหลังที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ควรเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนา มาจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยจะไม่พบอุบัติการณ์ การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และก่อให้เกิดผลดีทั้งด้านผู้ให้บริการและ ผู้ใช้บริการ^{3,6,8-10}

2. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วย ที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง ประเมินประสิทธิภาพ 2 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทางการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจต่อการนำ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เพราะแนวปฏิบัติทาง การพยาบาลมีเนื้อหาชัดเจนและถูกต้อง ตรงประเด็นผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งด้านเนื้อหาและความเข้าใจ ดังนั้นการนำ แนวปฏิบัติไปใช้จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ในการปฏิบัติ จริง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติ การพยาบาลเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาล ทุกคน การทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ แสวงหาสิ่งใหม่ และค้นหาวิธีการทำงานที่มี ประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้มีการจัดการความคิด การใช้เหตุผล และใช้ข้อมูลที่มีการศึกษาเพื่อ การตัดสินใจในคลินิกมากกว่าการปฏิบัติตาม แนวทางเดิม ทำให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ จึงเป็นการง่ายต่อการยอมรับเพิ่มมากขึ้น^{19,20} แต่เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็น ความรู้ใหม่มีความยุ่งยากขั้นตอนซับซ้อนมากขึ้น ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเด็นหัวข้อ การดูแลแผลผ่าตัด พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติได้ ครบร้อยละ 100 คือ ติดตามประเมินบาดแผลผ่าตัด ทุก 6-8 ชั่วโมง หากมีความขึ้นบ่งชี้ถึงการรั่วซึม ของน้ำไขสันหลังหรือเป็นสัญญาณของอาการแสดง การติดเชื้อที่สายระบายน้ำไขสันหลังร้อยละ 33.33 เมื่อครบ 24 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดควรเปิด

dressing แผลด้วย 0.9% normal saline และ 25% chlorhexidine และปิดแผลด้วย gauze ร้อยละ 33.33 และในกรณีที่ปิดแผลเป็น transparent film dressing จากห้องผ่าตัดควรเปิด dressing แผล วันที่ 5-7 ภายหลังผ่าตัดร้อยละ 93.33 เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา การใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูงไม่มีการประเมินบาดแผลผ่าตัด^{21,22} และพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบ ประสาทและสมองเฉลี่ย 9.10 ปี จากการศึกษา ที่ผ่านมา พบว่า การวางแผนการพยาบาลและ ตัดสินใจในการดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล และแสวงหาองค์ความรู้ ใหม่อยู่เสมอถึงแม้จะมีประสบการณ์แล้ว เพื่อให้ สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป²¹

2.2 ด้านผู้รับบริการ พบว่า ผลลัพธ์ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีสายระบาย น้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง ที่มีความชัดเจน เป็นขั้นตอน ครอบคลุมทั้งระยะการใส่สายระบาย และภายหลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลังทำให้ กลุ่มผู้ป่วยเส้นเลือดสมองแตก เนื้องอกในสมอง ที่มีการอุดตันทางเดินของน้ำไขสันหลังใน โพรงสมองคั่ง ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บที่ได้รับการ ผ่าตัด EVD ปลอดภัยจากภาวะความดัน ในกะโหลกศีรษะสูงทุกราย ซึ่งมีความสอดคล้องกับ หลายการศึกษา ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ผ่านแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจะไม่เกิด อุบัติการณ์ของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ร้อยละ 100^{6,19,21,22} จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การนำแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์²¹ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการบริการพยาบาล ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำ

ไขสันหลังออกจากโพรงสมองก่อให้เกิดผลดีทั้งในด้านของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง นำไปใช้ให้เกิดความต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาวิจัยประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในระยะเวลาที่ยาวขึ้นและเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Chau YC, Craven CL, Rubiano AM, Adams H, Tülü S, Czosnyka M, et al. The evolution of the role of external ventricular drainage in traumatic brain injury. *J Clin Med*. 2019;8(9):1422.
2. Grille P, Costa G, Biestro A, Wajskopf S. Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. *Guía práctica*. *Rev Méd Urug* [Internet]. 2007 [cited 2019 Oct 30];23(1):50-5. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v23n1/v23n1a07.pdf>
3. Sakamoto VTM, Vieira TW, Viegas K, Blatt CR, Caregnato RCA. Nursing assistance in patient care with external ventricular drain: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20190796.
4. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 14]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8306>.
5. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am*. 2000;35(2):301-309.
6. Prachuablar C. Increased intracranial pressure in patients with brain pathology: a dimension of evidence-based nursing practice. *JTNMC*. 2018;33(2):15-28.
7. Pukkungvayung P, Sittipakorn S. The development of a clinical nursing practice guideline for prevention of increased intracranial pressure in patients with external ventriculostomy at Roi-ed Hospital. *J Nurs Health Care*. 2021;39(1):98-107.
8. Tilokskulchai F. Evidence-based practice: principle and method. 6th ed. Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University; 2011.
9. Vieira TW, Sakamoto VTM, Araujo BR, Pai DD, Blatt CR, Caregnato RCA. External ventricular drains: development and evaluation of a nursing clinical practice guideline. *Nurs Rep*. 2022;12(4):933-944.
10. Chung DY, Thompson BB, Kumar MA, Mahta A, Rao SS, Lai JH, et al. Association of external ventricular drain wean strategy with shunt placement and length of stay in subarachnoid hemorrhage: a prospective multicenter study. *Neurocrit Care*. 2022;36(2):536-545.
11. Perry A, Graffeo CS, Kleinstern G, Carlstrom LP, Link MJ, Rabinstein AA. Quantitative modeling of external ventricular drain output to predict shunt dependency in aneurysmal subarachnoid hemorrhage: cohort study. *Neurocrit Care*. 2020;33(1):218-229.

12. Arts S, van Lindert EJ, Aquarius R, Bartels RHMA, Boogaarts HD. Complications of external cerebrospinal fluid drainage in aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Acta Neurochir (Wien)*. 2021;163(4):1143-1151.
13. Hepburn-Smith M, Dynkevich I, Spektor M, Lord A, Czeisler B, Lewis A. Establishment of an external ventricular drain best practice guideline: the quest for a comprehensive universal standard for external ventricular drain care. *J Neurosci Nurs*. 2016;48(1):54-65.
14. Alunpipatthanachai B, Thirapattaraphan P, Fried H, Vavilala MS, Lele AV. External ventricular drain management practices in Thailand: results of the EPRACT study. *World Neurosurg*. 2019;126:e743-e752.
15. Young B, Moyer M, Pino W, Kung D, Zager E, Kumar MA. Safety and feasibility of early mobilization in patients with subarachnoid hemorrhage and external ventricular drain. *Neurocrit Care*. 2019;31(1):88-96.
16. Chau CYC, Craven CL, Rubiano AM. The evolution of the role of external ventricular drainage in traumatic brain injury. *J Clin Med*. 2019;8(9):1422.
17. Chung DY, Olson DM, John S, Mohamed W, Kumar MA, Thompson BB, Rordorf GA. Evidence-based management of external ventricular drains. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2019;19(12):e94.
18. Rao SS, Chung DY, Wolcott Z, Sheriff F, Khawaja AM, Lee H, et al. Intermittent CSF drainage and rapid EVD weaning approach after subarachnoid hemorrhage: association with fewer VP shunts and shorter length of stay. *J Neurosurg*. 2019;132(5):1583-1588.
19. Phuenpathom N, Srikijvialkul T. Clinical practice guideline for traumatic brain injury. the royal college of neurological surgeons of Thailand. Bangkok: Plus Porsper Company Limited; 2019.
20. Budtaraj S, Worabannakor S. Development of clinical practice guideline for prevention of increased intracranial pressure in patient with severe head injury at Sakon Nakhon Hospital. *SKHJ*. 2020;23(1):15-27.
21. Yaemsuda T, Lukananukul K. Knowledge and practice on nursing supervision of nurse supervisors in Somdech Phra Pinklao Hospital. *RTNA_JSHE*. 2021;8(1):121-134.

บทความวิจัย

การศึกษาต้นทุนทางการพยาบาลผู้ป่วยในโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

อำภา จิตกุล¹สมใจ ชีพสุข²ปาริชาติ จันทรสุนทรพร³อาทิตย์ แก้วนพรัตน์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาโดยใช้กรอบแนวคิดระบบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาจำนวน 28 ราย และบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเบาหวานศิริราช (6B) โรงพยาบาลศิริพยาบาลจำนวน 15 ราย เก็บข้อมูลโดยการสังเกตและบันทึกเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2566 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยมีทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) พจนานุกรมกิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา 3) แบบสังเกตเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล 4) แบบบันทึกสรุปปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม และ 5) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร โดยมีดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทุกชุด เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ต้นทุนรวมในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา 28 ราย ตั้งแต่แรกจนจำหน่ายเป็นเงิน 103,011.36 บาท ค่าเฉลี่ยต่อราย 3,678.97 บาท ต้นทุนกิจกรรมทางการพยาบาลหลักแบ่งเป็น 4 กิจกรรม โดยกิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดมีต้นทุนกิจกรรมเฉลี่ยต่อรายสูงสุด 1,363.20 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดต้นทุนกิจกรรมเฉลี่ยต่อราย 1,241.80 บาท กิจกรรมการพยาบาลวางแผนจำหน่ายต้นทุนกิจกรรมเฉลี่ยต่อราย 559.28 บาท และกิจกรรมการพยาบาลแรกรับต้นทุนกิจกรรมเฉลี่ยต่อราย 514.68 บาท โดยกิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดใช้เวลามากที่สุดเฉลี่ยต่อราย 85.17 นาที ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปวางแผนบริหารต้นทุนทรัพยากรของหน่วยงานเพื่อควบคุมและควบคุมลดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเบาหวานศิริราช 6B ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300 Corresponding Author, Email: ampa@nmu.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเบาหวานศิริราช 6B ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ภาควิชาจุฬารัตนวิทยา โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Research article

A Study Of Activity Based Costing Of Nursing Care Patients With Diabetic Retinopathy Patients

*Ampa Jitkui¹**Somjai Cheepsuk²**Parichad Jansoontraporn³**Arthit Kaewnopharat⁴*

Abstract

This descriptive study aimed to explore the patients with DR operative retina nursing activity based costing. The activity-based costing (ABC) concept was used. The sample groups patients with DR operative retina 28 patients and 15 nursing personnel in the internal mahavajiravudh 6B ward of Vajira Hospital. Collected data by observing and recording the time of nursing activities. The data were collected during October, 2020 – February, 2023. The measurements were 1) a form for recording the patient's general information 2) the nursing activities for patients with DR operative retina 3) an activity time observation form 4) the summarized time spent in providing services 5) the nursing personal's general information. The content validity index of all instruments was 0.83. The data were analyzed using descriptive statistics in terms of frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results of study revealed that the total cost of nursing service activities for 28 patients with DR operative retina from admission until discharge from the hospital was 103,011.36 baht, averaging per case 3,678.97 baht. The cost of key nursing service activities were divided into 4 groups, which the cost of patients with postoperative care was the highest, averaging per case 1,363.20 baht, followed by the cost of preoperative, averaging per case 1,241.80 baht, discharge planning, averaging per case 559.28 baht and the average cost of admission care was averaging per case 514.68 baht. The highest time of nursing activities was nursing care patients with preoperative, averaging per case 85.17 minutes. It is suggested that nursing administrator should use this result to manage resource cost of department in order to cost effectiveness and patients safety.

Keywords: nursing activity based costing/ diabetic retinopathy patients (DR)

¹Register Nurse, Professional Level in Mahavajiravudh 6B unit, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300, Corresponding Author, Email: ampa@nmu.ac.th

²Register Nurse, Professional Level in Mahavajiravudh 6B unit, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

³Register Nurse, Senior Level, Head of Nursing Department, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

⁴Assistant Professor Doctor, Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

บทนำ

สถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ประเทศไทยพบผู้ป่วยช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 ร้อยละ 16.00, 21.75 และ 23.30¹ ตามลำดับ และสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ (6B) ช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 ร้อยละ 5.50, 6.70 และ 14.20 เพิ่มขึ้นตามลำดับ ซึ่งโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่เป็นโรคเรื้อรัง และปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังสำคัญทางด้านสาธารณสุข สาเหตุมาจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมอง และภาวะแทรกซ้อนทางตา โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตา (diabetic retinopathy) จะนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะ และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น² จากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในจอประสาทตา จึงส่งผลให้เกิดเลือดออกในจอประสาทตา เกิดการบวมของจุดรับภาพชัด เกิดเส้นเลือดงอกใหม่ที่ผิดปกติ และเกิดพังผืดดึงรั้งจอประสาทตาให้หลุดลอกได้ในที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาจะต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา ได้แก่ การทำเลเซอร์ การฉีดยาเข้าวุ้นตา และการผ่าตัดจอประสาทตา ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง^{3,4} อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่สูง และมีอุปกรณ์ที่ใช้ผ่าตัดได้แก่ ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (vitrectomy set) ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับ

การผ่าตัดจอประสาทตาจะต้องชำระค่าชุดผ่าตัดวุ้นลูกตาซึ่งเป็นส่วนเกินที่เบิกไม่ได้จากสิทธิการรักษา⁵ ในการจัดบริการด้านสุขภาพนอกจากจะคำนึงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและพึงพอใจ ยังจำเป็นต้องคำนึงถึงต้นทุน ความคุ้มค่าของบริการนั้น ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เนื่องจากปัจจุบันขาดแคลนอัตราค่าจ้างด้านสุขภาพ การให้ความสำคัญกับการบริหารกิจกรรม เพื่อลดการสูญเสียเปล่าให้เหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป จึงต้องนำระบบต้นทุนกิจกรรมมาใช้ (Activity Based Costing: ABC) เนื่องจากต้นทุนกิจกรรมจะเน้นการคำนวณค่าใช้จ่ายตามกิจกรรมที่ปฏิบัติ

ปัจจุบันผู้บริหารโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ต้นทุนแนวใหม่ คือ ต้นทุนกิจกรรม (ABC) เป็นการบริหารต้นทุนที่แบ่งการดำเนินงานภายในองค์กรออกเป็นกิจกรรม มีการคิดต้นทุนจากการใช้ทรัพยากรรวมทั้งการให้บริการ และวัดผลการปฏิบัติการปฏิบัติงานทั้งในรูปของเวลาและคุณภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ทำเพื่อการบริการเนื่องจากต้นทุนกิจกรรมจะเน้นการคิดคำนวณค่าใช้จ่ายตามกิจกรรมที่ปฏิบัติ ซึ่งเป็นระบบการบริหารต้นทุนแบบใหม่โดยแคปแลนและคูเปอร์⁶ ภาระงานของพยาบาลถือว่าเป็นต้นทุนกิจกรรมที่ใช้คำนวณต้นทุนในระบบต้นทุนกิจกรรม และช่วยในการสนับสนุนการตัดสินใจของฝ่ายบริหารในการนำข้อมูลต้นทุนกิจกรรมพยาบาลไปใช้ประกอบการตัดสินใจด้านต่าง ๆ โดยมีการมุ่งเน้นการนำข้อมูลต้นทุนไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพิ่มประสิทธิภาพบริหารจัดการทรัพยากรในองค์กรให้เหมาะสม ใช้ในการพัฒนาระบบงาน⁷

จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา ย้อนหลัง 3 ปีที่เพิ่มขึ้นข้างต้น และผู้ป่วย

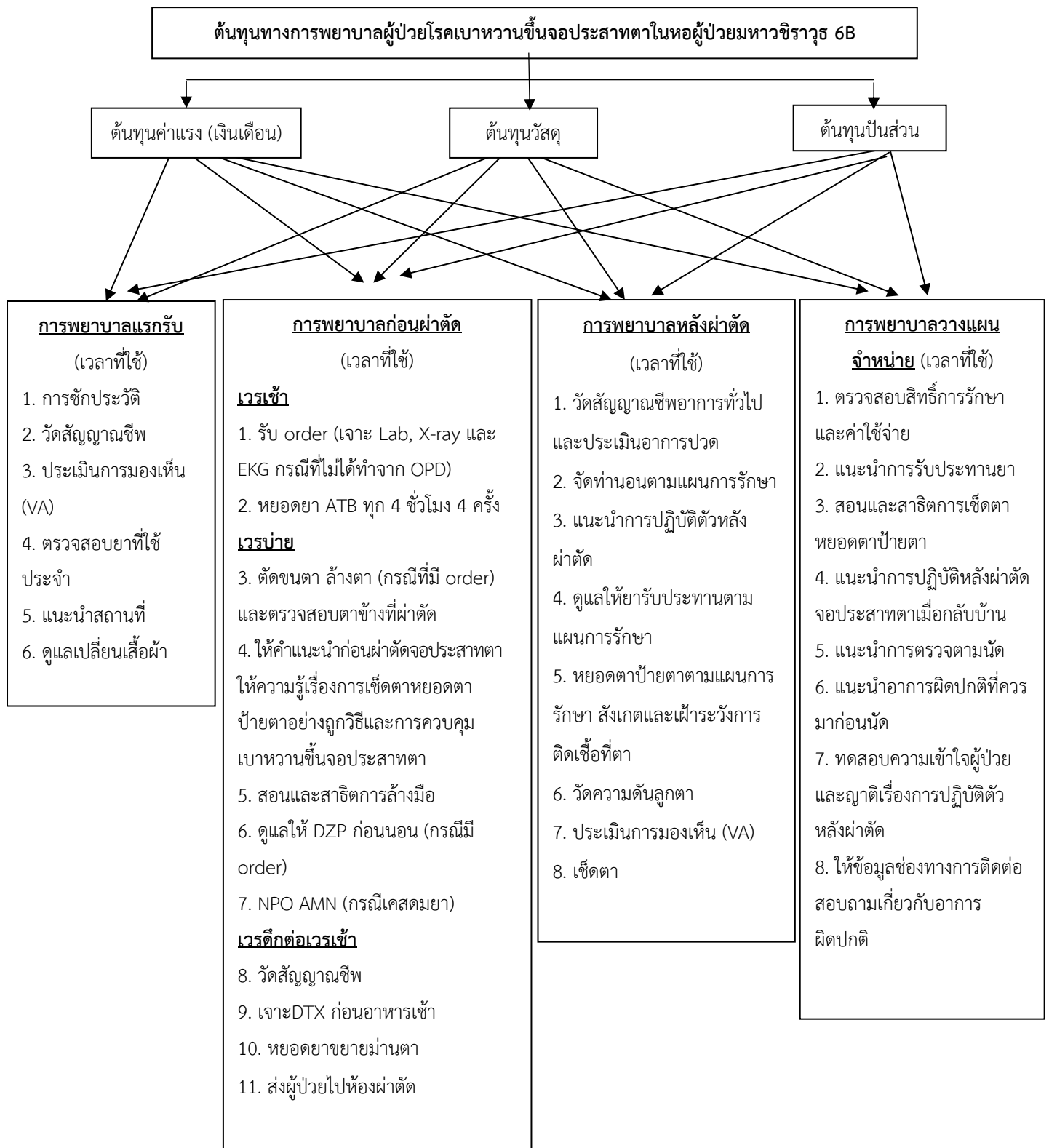
โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3-5 วัน/ราย มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยโดยประมาณในปี 2560 รวม 3,025,000 บาท ปี 2561 จำนวน 3,685,000 บาท และปี 2562 จำนวน 7,810,000 บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁸ เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาอาการไม่ดีขึ้น จะต้องการดูแลที่ใกล้ชิดหลายราย ทำให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยรายอื่น ๆ อาจไม่เพียงพอ การเพิ่มจำนวนพยาบาลในการดูแลต่อผลัดเวร มีผลให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และอัตราค่าจ้างมีจำนวนจำกัด การใช้อัตราค่าจ้างมากกว่า 1 คน หลาย ๆ กิจกรรมเป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัย ต้องใช้ความรู้ทักษะเฉพาะในการปฏิบัติ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีราคาแพง⁵

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาต้นทุนทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดตามหลักบัญชีแนวคิดใหม่คือ การคิดต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล โดยแบ่งกิจกรรมทางการพยาบาลเป็น 4 ด้าน คือ 1) กิจกรรมการพยาบาลดูแลแรกรับ 2) กิจกรรมการพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 3) กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 4) กิจกรรมการพยาบาลวางแผนจำหน่าย ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนบริหาร

ทรัพยากรบุคคลบริหารต้นทุนทรัพยากรของหน่วยงาน การคำนวณอัตรากำลัง จัดสรรในการของงบประมาณให้เหมาะสม และพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพคุ้มค่าต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนการคิดตามหลักบัญชีแนวคิดใหม่คือ การคิดต้นทุนกิจกรรม (Activity-Based-Costing-ABC) ของแคปแลนและคูเปอร์ ซึ่งจะมีตัวหลักต้นทุนคือปริมาณการใช้ทรัพยากร และตัวหลักต้นทุนกิจกรรม มาปันส่วนต้นทุนจะได้เป็นต้นทุน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง (labor cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) และต้นทุนปันส่วน⁶ โดยแบ่งกิจกรรมทางการพยาบาลเป็น 4 ด้าน คือ 1) กิจกรรมการพยาบาลดูแลแรกรับ 2) กิจกรรมการพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 3) กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 4) กิจกรรมการพยาบาลวางแผนจำหน่าย โดยแต่ละกิจกรรมการพยาบาลหลัก ประกอบด้วย การพยาบาลย่อยตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนำต้นทุนค่าแรง (เงินเดือน) ค่าวัสดุ เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม และต้นทุนปันส่วนมาใช้ในการคำนวณ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมทางการพยาบาล 4 ด้าน คือ 1) กิจกรรมการพยาบาลดูแลแลกรับ 2) กิจกรรมการพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 3) กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 4) กิจกรรมการพยาบาลวางแผนจำหน่าย และศึกษาต้นทุนกิจกรรมทางการพยาบาลเฉลี่ยต่อราย ในผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยมหาราชารุ 6B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

2. เพื่อศึกษาระยะเวลาการทำกิจกรรมทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยมหาราชารุ 6B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาต้นทุนทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัด ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมหาราชารุ 6B จำนวน 15 ราย
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาจำนวน 28 ราย ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยมหาราชารุ 6B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2566

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยมหาราชารุ 6B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา ที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลครบทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา คือ กิจกรรม

การพยาบาลดูแลแลกรับ กิจกรรมการพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและกิจกรรมการพยาบาลวางแผนจำหน่าย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาร่วมกับการผ่าตัดต่อกระจกหรือต้อหิน

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา ที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังที่มีผลต่อการรักษา เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. บุคลากรที่ลาคลอดหรือลาป่วยติดต่อกัน 6 เดือน ลาศึกษาต่อในช่วงการเก็บข้อมูล
3. บุคลากรที่โอนย้าย ลาออก ระหว่างการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 5 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน

ชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล 4 ด้าน คือ 1) กิจกรรมการพยาบาลดูแลแลกรับ ประกอบด้วย ชักประวัติ วัดสัญญาณชีพ วัด VA ตรวจสอเบา และดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า 2) กิจกรรมการพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 2.1) เวรเข้า ได้แก่ รับ order หยอดยา ATB 2.2) เวรบาย ได้แก่ ตัดขนตา ล้างตาตรวจสอบข้างที่ผ่าตัด ให้คำแนะนำก่อนผ่าตัดจอประสาทตา สอนสาธิตการล้างมือ ดูแลให้ยา DZP และ NPO AMN (กรณีดมยา) 2.3) เวรตัก ได้แก่ วัดสัญญาณชีพ เจาะ DTX หยอดยาขยายม่านตา และส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

3) กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย วัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการปวด จัดทำนอน การให้ยาบรรเทาทุกข์ แนะนำการปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัด การเช็ดดาหยอดตาป้ายตา วัดความดันโลหิต และวัด VA และ 4) กิจกรรมการพยาบาล วางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย การตรวจสอบสิทธิ และค่าใช้จ่าย แนะนำการรับประทายา สอนสาธิต การเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา แนะนำการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัด แนะนำตรวจตามนัดและอาการผิดปกติ ที่ควรมาก่อนนัด เป็นต้น

ชุดที่ 3 แบบสังเกตเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รูปแบบตารางสำหรับลงบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม

ชุดที่ 4 แบบบันทึกสรุปรูปแบบเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมและปริมาณกิจกรรมคือ จำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลแต่ละกิจกรรม

ชุดที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราชินี ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์ทำงาน เงินเดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางสาขาจักษุ และทันต พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทางตา และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นทั้ง 5 ชุด นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของเครื่องมือทุกชุดได้เท่ากับ 0.83 ตรวจสอบความเที่ยง เครื่องมือชุดที่ 4 แบบบันทึกสรุปรูปแบบเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม และปริมาณกิจกรรมระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงจากการสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี เลขที่ 099/2563 ในวันที่ 20 สิงหาคม 2563 การเก็บ ข้อมูลดำเนินหลังผ่านการผ่านพิจารณารับรอง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนรายละเอียดการ เก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตในการจับเวลา ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการ เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งยุติ ก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลเกี่ยวกับ รายได้ ค่าสวัสดิการต่าง ๆ จะถูกปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลโดยสังเกต และบันทึกเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกิจกรรมการพยาบาล แต่ละกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา จำนวน 28 ราย ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย ทั้ง 3 เวร ตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้นาฬิกาจับเวลา ตั้งแต่เริ่มกิจกรรมการพยาบาลจนถึงสิ้นสุดกิจกรรม การพยาบาล ผู้วิจัยตรวจสอบการปฏิบัติทุกกิจกรรม ให้ถูกต้องตามมาตรฐาน หาค่าเฉลี่ยของเวลาใน แต่ละกิจกรรมการพยาบาล การลงบันทึกการปฏิบัติ ทุกการพยาบาลให้ทีมพยาบาลที่ให้การพยาบาล บันทึกเวลาและความถี่เอง แล้วสุ่มตรวจสอบโดย ประเมินทีมที่ให้การพยาบาลว่าบันทึกถูกต้อง หรือไม่ และมีการดำเนินการตามมาตรฐานหรือ เทคนิคทางการพยาบาลหรือไม่

การเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าแรงจาก เงินเดือนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มหาวชิราวุธ 6B ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึง

กุมภาพันธ์ 2566 โดยบุคลากรเป็นผู้บันทึกข้อมูล ส่วนบุคคลและเงินเดือนของตนเอง ข้อมูลผู้ป่วย ผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. คำนวณต้นทุนค่าแรงต่อหน้าที่ของบุคลากรแต่ละตำแหน่ง โดยคำนวณจากต้นทุนค่าแรงของบุคลากรตำแหน่งนั้น = ผลรวมของเงินเดือนของบุคลากรตำแหน่งนั้นทุกคน / (จำนวนวันทำการ × จำนวนชั่วโมงทำงาน × 60 นาที × จำนวนคน)
2. คำนวณค่าเฉลี่ยของเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรม บันทึกค่าเฉลี่ยของเวลาที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรม
3. คำนวณหาร้อยละของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยคำนวณจาก (เวลารวม

ในแต่ละกิจกรรม) × 100 / เวลารวมในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด

4. คำนวณผลรวมต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนปันส่วน

5. คำนวณต้นทุนกิจกรรมรวมต่อหน่วย โดยคำนวณจาก (ผลรวมค่าใช้จ่ายของกิจกรรม) / ปริมาณของกิจกรรมการพยาบาลชนิดนั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 56.32 ปี (SD=10.08) อายุสูงสุด 78 ปี อายุต่ำสุด 38 ปี จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.86 วัน (SD=1.32) จำนวนวันนอนสูงสุด 8 วัน จำนวนวันนอนต่ำสุด 2 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 49,469.90 บาทต่อราย (SD=7,942.05) ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงสุด 70,014.25 บาทต่อราย ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำสุด 33,626 บาทต่อราย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจำแนกตามอายุ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา (n=28)

ข้อมูล	min	max	mean	SD
อายุ	38	78	56.32	10.08
จำนวนวันนอน	2	8	3.86	1.32
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	33,626	70,014.25	49,469.90	7,942.05

กลุ่มของเจ้าหน้าที่ทีมพยาบาล พบว่า จำนวนทั้งหมด 15 ราย ประกอบด้วย พยาบาล 9 ราย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 30 ปี (SD=6.00) อายุสูงสุด 41 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 7.50 ปี (SD=5.83) ประสบการณ์การทำงานสูงสุด 18 ปี ประสบการณ์การทำงานต่ำสุด 2 ปี เงินเดือนเฉลี่ย 40,625 บาท (SD=4,897.15) เงินเดือนสูงสุด 50,000 บาท เงินเดือนต่ำสุด 35,000 บาท ผู้ช่วยพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ธุรการและคนงานทั่วไปมีจำนวนเท่ากัน 3 ราย โดยผู้ช่วยพยาบาลอายุเฉลี่ย 23.33 ปี (SD=2.88)

อายุสูงสุด 25 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 1 ปี (SD=0.00) เงินเดือนเฉลี่ย 20,660.67 บาท (SD=1,154.70) เงินเดือนสูงสุด 22,000 บาท เงินเดือนต่ำสุด 20,000 บาท และเจ้าหน้าที่ธุรการและคนงานทั่วไปอายุเฉลี่ย 51.25 ปี (SD=10.50) อายุสูงสุด 60 ปี อายุต่ำสุด 36 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 19.50 ปี (SD=11.73) ประสบการณ์การทำงานสูงสุด 30 ปี ประสบการณ์การทำงานต่ำสุด 3 ปี เงินเดือนเฉลี่ย 20,500 บาท (SD=4,203.17) เงินเดือนสูงสุด 25,000 บาท เงินเดือนต่ำสุด 15,000 บาท ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรจำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงานและ เงินเดือน (n=15)

ข้อมูล	อายุ (ปี)				ประสบการณ์ทำงาน (ปี)				เงินเดือน			
	min	max	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max	mean	SD
พยาบาล (n=9)	25	41	30	6.00	2	18	7.50	5.83	35,000	50,000	40,625	4,897.15
ผู้ช่วยพยาบาล (n=3)	20	25	23.33	2.88	1	1	1	0.00	20,000	22,000	20,660.67	1,154.70
เจ้าหน้าที่ธุรการ และคนงานทั่วไป (n=3)	36	60	51.25	10.50	3	30	19.50	11.73	15,000	25,000	20,500	4,203.17

2. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา จำแนกตามกิจกรรมหลัก ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 103,011.36 บาท มีค่าเฉลี่ยต่อราย 3,678.97 บาท ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสูงสุดคือ กิจกรรม

การพยาบาลหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยต่อราย 1,363.20 บาท รองลงมาคือกิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยต่อราย 1,241.80 บาท ส่วนกิจกรรมที่การพยาบาลมีต้นทุนต่ำสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลแรกรับมีค่าเฉลี่ยต่อราย 514.68 บาท ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมรวมจำแนกตามกิจกรรมหลักในแต่ละบริการ (n=28)

กิจกรรมหลัก	ต้นทุน ค่าแรง (บาท)	ต้นทุน ค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุน ปันส่วน (บาท)	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ต้นทุน กิจกรรม ต่อราย (บาท)	ร้อยละ กิจกรรม
1. กิจกรรมการพยาบาล แรกรับ	7,100	-	7,311.30	14,411.30	514.68	13.98
2. กิจกรรมการพยาบาล ก่อนผ่าตัด	17,160	43.63	17,610.41	34,770.41	1,241.80	33.76
3. กิจกรรมการพยาบาล หลังผ่าตัด	18,750	68.18	19,419.64	38,169.64	1,363.20	37.05
4. กิจกรรมการพยาบาล วางแผนจำหน่าย	8,400	21.25	7,260	15,660	559.28	15.21
รวม	51,410	133.60	51,601.36	103,011.36	3,678.97	100

3. ปริมาณกิจกรรม ปริมาณเวลาที่ปฏิบัติ เวลาเฉลี่ย และร้อยละของเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลจากการศึกษาเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา พบว่า การใช้เวลาในกิจกรรมการพยาบาลโดยรวม 4,760 นาที คิดเป็นเวลาเฉลี่ยต่อราย 169.97 นาที และเมื่อจำแนกตามกิจกรรมหลัก พบว่า กิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายที่ใช้เวลาในการปฏิบัติสูงสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลก่อน

ผ่าตัดใช้เวลาเฉลี่ยต่อราย 85.17 นาที คิดเป็นร้อยละ 50.11 ของการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด รองลงมาคือ กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดใช้เวลาเฉลี่ยต่อราย 34.17 นาที คิดเป็นร้อยละ 20.10 ของการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เวลาน้อยที่สุด คือ กิจกรรมการพยาบาลแรกรับใช้เวลาเฉลี่ยต่อราย 24.71 นาที คิดเป็นร้อยละ 14.54 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปริมาณกิจกรรม ปริมาณเวลาที่ปฏิบัติ เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเฉลี่ย และร้อยละของเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม (n=28)

กิจกรรมหลัก	ปริมาณกิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ปฏิบัติ(นาที)	เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรม(นาทีต่อราย)	ร้อยละเวลาของการปฏิบัติกิจกรรม
1. กิจกรรมการพยาบาลแรกรับ	168	692	24.71	14.54
2. กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด	280	2,385	85.17	50.11
3. กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัด	224	957	34.17	20.10
4. กิจกรรมการพยาบาลวางแผนจำหน่าย	196	726	25.92	15.25
รวม	868	4,760	169.97	100

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ต้นทุนกิจกรรมทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา จำนวน 28 รายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายเป็นเงิน 103,011.36 บาท ค่าเฉลี่ยต่อราย 3,678.97 บาท ต้นทุนกิจกรรมสูงสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดค่าเฉลี่ยต่อราย 1,363.20 บาท ซึ่งเป็นต้นทุนที่สูงเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการดูแลตามมาตรฐานจำนวนมาก โดยแต่ละกิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่ต้องอาศัยพยาบาลที่มีทักษะ ประสิทธิภาพในการดูแล ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลหลังทำผ่าตัด ได้แก่ การเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา การจัดท่านอนโดยวิธีการนอนคว่ำหน้าอย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละ 16 ชั่วโมง เพื่อป้องกันจอตาลอกซ้ำ การประเมินอาการปวดหลังผ่าตัดที่สาเหตุจากความดันตาสูงหลังผ่าตัด การวัดค่าสายตาเพื่อประเมินการมองเห็น และการวัดความดันลูกตา รวมถึงการอธิบายและวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุมาและคณะ⁹ ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า กิจกรรมการดูแล

ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจมีต้นทุนกิจกรรมสูงสุด เนื่องจากต้องใช้พยาบาลที่มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ และจากการศึกษาของการะเกดและคณะ¹⁰ ที่ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล การจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดมีต้นทุนสูง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องดูแลความปลอดภัยและความสุขสบายหลังผ่าตัด กิจกรรมที่มีต้นทุนรวมสูงรองลงมาคือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดค่าเฉลี่ยต่อราย 1,241.80 บาท เนื่องจากการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแต่ละรายมีความสำคัญเพื่อป้องกันการเลื่อน งดผ่าตัด และผ่าตัดผิดคนผิดข้าง กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด ได้แก่ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การหยอดยาขยายม่านตา การตรวจสอบตาข้างที่ผ่าตัดและ mark site การสอนสาธิตให้หัดนอนคลุมโปง เป็นต้น กิจกรรมดังกล่าวจะต้องใช้ทักษะในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของการะเกดและคณะ¹⁰ ที่ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า กิจกรรมการเตรียมและการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัดมีต้นทุนสูงเป็น

อันดับที่สอง นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ ผกาภรณ์และพิรพงษ์¹¹ ที่ศึกษาการวิเคราะห์ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิวไนด์ โดย การส่งกล้องผ่านผิวหนัง พบว่า ต้นทุนกิจกรรม การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดเป็นต้นสูงรองจาก ระยะผ่าตัด

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ต้นทุน กิจกรรมการพยาบาลวางแผนจำหน่ายเป็นกิจกรรม ที่มีต้นทุนสูงเป็นอันดับที่ 3 ค่าเฉลี่ยต่อราย 559.28 บาท เนื่องจากการสอนแต่ละครั้งต้องใช้ อุปกรณ์สาธิตทักษะที่ถูกต้อง เช่น การสอนเช็ดตา หยอดตา ป้ายตาและการปิดตา การสอนนอน คว่ำหน้าพร้อมการใช้หมอนคว่ำหน้าที่ถูกต้อง และการสังเกตอาการผิดปกติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาล ต้องให้ข้อมูล ให้ความรู้ ฝึกทักษะญาติในการดูแล เพื่อป้องกันการเข้ารับการรักษาซ้ำหรือ ภาวะแทรกซ้อน ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss, Yakusheva & Bobay¹² พบว่า กระบวนการ จำหน่ายต้องการพยาบาลที่มีทักษะเพียงพอ การลงทุนโดยการให้เวลาพยาบาลในการเตรียม ผู้ป่วยให้มีความพร้อมก่อนจำหน่าย ช่วยลด ค่าใช้จ่ายระบบบริการสุขภาพในการเข้ารับการรักษาซ้ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา¹³ ที่วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการจัดการบริการ พยาบาลผู้ป่วยเด็กโรกระบบทางเดินหายใจ พบว่า กิจกรรมการให้คำแนะนำในส่วนของการจำหน่าย กลับบ้านมีรายละเอียดกิจกรรม ต้องมีการสอน สาธิต รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับข้อมูล การรักษา ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นบทบาทหน้าที่ ของพยาบาลวิชาชีพและกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุด คือ กิจกรรมการพยาบาลแรกรับค่าเฉลี่ยต่อราย 514.68 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของสุธาทิพย์ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ในหอผู้ป่วยหลังคลอด พบว่า ต้นทุนกิจกรรม การพยาบาลระยะแรกรับมีต้นทุนต่ำสุด

2. เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา พบว่า กิจกรรม

การพยาบาลก่อนผ่าตัดใช้เวลาสูงสุดเฉลี่ยต่อราย 85.17 นาที คิดเป็นร้อยละ 50.11 ของการปฏิบัติ กิจกรรมทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องได้รับการ เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายฟอกหน้าให้สะอาด การหยอดยายขยายม่านตา การฝึกนอนคลุ่มโปง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ต้องใช้เวลาและทักษะในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของการเกิดและคณะ⁸ พบว่า กิจกรรมการผ่าตัดระยะก่อนผ่าตัดเป็น กิจกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้เวลา นานมากในการเตรียมความพร้อม ส่วนเวลาที่ใช้ใน การทำกิจกรรมรองลงมาคือ กิจกรรมการพยาบาล หลังผ่าตัดเฉลี่ยต่อราย 34.17 นาที คิดเป็นร้อยละ 20.10 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดและใช้เวลานาน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะปิดหนึ่งข้างทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องดูแลด้วยความระมัดระวัง ป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ที่ครอบตาหลุด รวมถึง การเช็ดตา หยอดตา ป้ายตาและครอบตา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด จะต้องมีการพยาบาล เข้าร่วมดูแลทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมาและคณะ⁹ พบว่า กิจกรรมพยาบาลผู้ป่วย หลังใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ป้องกันท่อเลื่อนหลุด และผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือ ตัวเองได้น้อยต้องได้รับการดูแลจากพยาบาล ทุกกิจกรรม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กิจกรรม การพยาบาลแรกรับใช้เวลาน้อยสุดเฉลี่ยต่อราย 24.71 นาที คิดเป็นร้อยละ 14.54 สอดคล้องกับ การศึกษาของเนตรญา¹⁵ พบว่า กิจกรรม การพยาบาลระยะแรกรับใช้เวลา 6.08 นาทีต่อครั้ง รองจากระยะการดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ กิจกรรมบันทึกข้อมูล และกิจกรรมการเตรียม อุปกรณ์ พยาบาลวิชาชีพไม่จำเป็นต้องดำเนินการ ทั้งหมด

การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ต้นทุน กิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา คิดเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล ไม่ได้คิด

ต้นทุนค่าลงทุน ค่าครุภัณฑ์ ค่าสาธารณูปโภค และต้นทุนค่าแรงคิดเฉพาะเงินเดือนของบุคลากร จึงอาจส่งผลให้ต้นทุนรวมครั้งนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง

สรุป

ต้นทุนรวมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย 28 ราย ตั้งแต่แรกได้รับจนจำหน่าย เป็นเงิน 103,011.63 บาท ค่าเฉลี่ยต่อราย 3,678.97 บาท ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลหลักแบ่งเป็น 4 กิจกรรม โดยกิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดมีต้นทุนกิจกรรมเฉลี่ยต่อรายสูงสุด 1,363.20 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดมีต้นทุนกิจกรรมเฉลี่ยต่อราย 1,241.80 บาท กิจกรรมการพยาบาลวางแผนจำหน่ายต้นทุนเฉลี่ยต่อราย 559.28 บาท และกิจกรรมการพยาบาลแรกรับเป็นต้นทุนกิจกรรมต่ำที่สุดเฉลี่ยต่อราย 514.68 บาท โดยกิจกรรมที่ใช้เวลามากที่สุดคือ กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดค่าเฉลี่ยต่อราย 85.17 นาที

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรมอบหมายหน้าที่การทำการกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละระดับ กิจกรรมที่มีความซับซ้อนมอบหมายให้ผู้มีทักษะ ประสบการณ์และความชำนาญสูง กิจกรรมพื้นฐานใช้เวลาไม่นานควรมอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาล เพื่อลดต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล
2. นำต้นทุนกิจกรรมทางการพยาบาลแต่ละกิจกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตา ไปเปรียบเทียบกับเพื่อกำหนดค่าใช้จ่ายในกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสมกับต้นทุน
3. นำผลวิจัยด้านเวลาที่ใช้ในการทำการกิจกรรมไปใช้ในการบริหารเวลา ในการทำการกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและประเมินบุคลากรให้ทำงานได้รวดเร็วตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อให้ได้ต้นทุนกิจกรรมของโรงพยาบาล
2. วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เช่น ห้องตรวจจักษุ ห้องตรวจเบาหวาน เพื่อเปรียบเทียบเวลา และต้นทุนในการทำกิจกรรม เพื่อให้ได้ต้นทุนที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษา โรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย; 2560.
3. ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: ที คิว พี กรุงเทพฯ; 2555.
4. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. การบริหารจัดการเชิงระบบเพื่อการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2555.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด; 2565.

6. Kaplan RS, Cooper, R. Cost & Effect Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance. Boston: Harvard Business School Press; 1998.
7. Comptroller General's Department, Bureau of accounting standard. How to calculate cost of production of Public service in fiscal year 2014. Bangkok: Comptroller General's Department; 2014.
8. งานเวชสถิติโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. รายงานประจำปี 2563. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2563.
9. อูมา จันทวิเศษ, สุธิสา เต็มทับ, สุขุม่า กลั่นแก้ว, ฉวีวรรณ ยี่สกุล. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2562; 11(2): 93-106.
10. การะเกด คีรีรักษ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, นฤมล ปทุมรักษ์. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. พยาบาลสาร. 2563; 47(2): 345-355.
11. ผกาภรณ์ พินิจจันทรานุกูล, พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านผิวหนัง โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2565; 25(1): 11-21.
12. Weiss ME, Yakusheva O, Bobay KL. Quality and Cost Analysis of Nurse Staffing, Discharge Preparation, and Postdischarge Utilization. Health Services Research Journal. 2011;46(5): 1473-1494.
13. ชุติมา ฐิติมา. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2563.
14. สุชาติพิทย์ จันทงาม, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, พัชรภรณ์ อารีย์. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564; 29(3): 64-75.
15. เนตรญา วิโรจวานิช. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ธีระชล สาทสิน¹บุญรัตน์ แผลงศรี²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 30 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก และอาจารย์นิเทศ จำนวน 3 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแบบประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม โดยใช้การสนทนากลุ่มแบบออนไลน์ ผ่านโปรแกรมไมโครซอฟท์ทีม การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าร้อยละ เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน

ผลการศึกษา พบว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบความสามารถและพฤติกรรมบ่งชี้ระดับคุณภาพจากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญ ด้านความสามารถของการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านจริยธรรมและกฎหมาย และด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเองหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1, 0.98, 0.67, 0.80 และ 1 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80, 0.82, 0.65, 0.69 และ 0.87 ตามลำดับ

คำสำคัญ: แบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาล/ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/ นักศึกษาพยาบาล

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต บางพลัด กรุงเทพฯ 10700

Corresponding Author, Email: theerachon_sar@dusit.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเทคโนโลยีการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

Research article

The Development of Nursing Students' Competencies Assessment in Clinical Practice at Emergency Department

Theerachol Satsin¹Boonrat Plangsorn²

Abstract

The purpose of this study was to investigate the competency assessment form of nursing students in the core skills of emergency nursing activities. Data were collected by simple random sampling from 30 3rd year students who were enrolled in the Adult and Elderly Nursing Practicum 2, Suan Dusit University, In the first semester of academic year 2023. The researchers developed the instrument based on skills of emergency nursing concept, using semi-structured interview and focus group. As a part of collecting evidence for content validation of the instrumentation, Item Objective Congruence (IOC) analysis was used in this study. The data was analysed with descriptive statistics for performance competence of nursing activities and Cronbach's alpha coefficient to analyze the consistency between.

The results of this study revealed that a competency consisted of five categories and twenty-six behavioral indicators which were 1) competency of skill in emergency assessment consisted of seven behavioral indicators, 2) competency of nursing practice in critical and emergency condition consisted of eight behavioral indicators, 3) competency of communication consisted of two behavioral indicators, 4) competency of ethical and legal aspects consisted of five behavioral indicators, and 5) competency of personality and self-Improvement consisted of four behavioral indicators. The Item Objective Congruence were 1, 0.98, 0.67, 0.80, and 1, respectively, and the Cronbach's alpha coefficient values were 0.80, 0.82, 0.65, 0.69, and 0.87, respectively.

Keywords: assessment competencies in clinical practice/ emergency department/ nursing student

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangphat, Bangkok 10700

Corresponding Author, Email: theerachon_sar@dusit.ac.th

² Assistant Professor, Faculty of Education, Kasetsart University, Jatujuk, Bangkok 10900

บทนำ

สาขาพยาบาลศาสตร์เป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิตมนุษย์ กระบวนการจัดการเรียนการสอนจึงต้องอาศัยความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจนเกิดทักษะทางวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้มีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการสุขภาพ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลแต่ละรายวิชานั้นนักศึกษาจะต้องปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการเรียนการสอนของรายวิชาที่กำหนดให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานวิชาชีพ และคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของหลักสูตร¹ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความรู้ ความสามารถมีทักษะทางปัญญา มีทักษะทางการพยาบาลมีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป ดังนั้นการฝึกประสบการณ์ภาคสนามบนหอผู้ป่วย สัมผัสกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงในบทบาทการปฏิบัติงานทางการพยาบาลภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ผู้สอนปฏิบัติในคลินิกจึงเป็นการเรียนรู้ที่สำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษาได้มีความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพิ่มพูนประสบการณ์และทักษะทางการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ²

การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วย ในขณะที่นักศึกษาไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ร่วมกับขาดความมั่นใจในความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับมาขาดความชำนาญในทักษะต่าง ๆ เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการให้เกิดความเครียดบางครั้งก่อให้เกิดผลด้านดี เช่น เป็นแรงกระตุ้นให้การทำงานสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี แต่บางครั้งการเกิดความเครียดในระดับสูงและเป็นระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่องจะทำให้ความตั้งใจในการศึกษาลดลง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตกต่ำจนไม่สามารถเรียนต่อได้ หรือถ้าเรียนต่อจนสำเร็จแต่อาจเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่สมบูรณ์พร้อมในด้านจิตใจ

นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลยังมีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาด้วยเช่นกัน นักศึกษาจึงมีความคาดหวังที่จะได้รับการสอนปฏิบัติในคลินิกที่เป็นกัลยาณมิตร ใจเย็น คอยกระตุ้นให้นักศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อวิชาชีพ การให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องด้วยความเอื้ออาทร เพื่อให้การฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบรรลุตามการพัฒนาผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี และคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของหลักสูตร ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ³

จุดมุ่งหมายของประสบการณ์ภาคสนามในรายวิชานักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 (วิกฤต และฉุกเฉิน) จำนวน 3 หน่วยกิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต โดยนักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยในระยะฉุกเฉินวิกฤต ทั้งด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยใช้กระบวนการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการดูแลสุขภาพ บนพื้นฐานของความเคารพในความเป็นปัจเจก จริยธรรมและขอบเขตการปฏิบัติวิชาชีพ ในการฝึกปฏิบัติ นักศึกษาต้องผ่านการฝึกปฏิบัติ ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยประมาณ 6 วัน คำนวณชั่วโมงการฝึกวันละ 8 ชั่วโมง รวม 48 ชั่วโมง และนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทักษะประสบการณ์ที่นักศึกษาต้องได้รับประกอบด้วย การประเมิน คัดกรอง ผู้ป่วยการซักประวัติ AMPLE , MIVT , การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินตามแนวทางการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ fast tract sepsis, STEMI, stroke, trauma การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การให้ยาและสารน้ำ การให้วัคซีน การเคลื่อนย้าย ติดตามส่งต่อผู้ป่วย

สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า องค์ประกอบแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน การกำหนดปัญหา ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล การตรวจวัดประเมินความผิดปกติของสัญญาณชีพ ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การพยาบาลที่รวดเร็ว ปฏิบัติการพยาบาลที่มีความซับซ้อนยุ่งยาก การติดต่อสื่อสารและประสานงาน มีภาวะผู้นำ มีการตัดสินใจ มีการแก้ปัญหา และการทำงานเป็นทีม⁴⁻⁵ ส่วนอาจารย์หรือผู้สอนจำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้เรียนสำหรับการเรียนรู้ที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อเตรียมสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ด้วยการวางแผนการเรียน การออกแบบการพัฒนา และการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพของผลลัพธ์การเรียนรู้ ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวจึงสนใจการพัฒนาแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพก่อนที่จะสำเร็จการศึกษา
2. อาจารย์นิเทศได้นำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอนถือเป็น

การประกันคุณภาพในการผลิตบัณฑิตของสถาบันการศึกษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 30 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก และอาจารย์นิเทศ ที่ขึ้นนิเทศ ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วยขั้นตอนดำเนินการวิจัยเป็นระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ระบบ โดยศึกษาสภาพ ปัญหา แนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้องค์ประกอบการประเมินทักษะความสามารถหลักของกิจกรรมการพยาบาลฉุกเฉิน

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา มี 3 ขั้นตอน คือ

2.1 การสังเคราะห์ องค์ประกอบความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.2 ออกแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์อาจารย์และนักศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมินและประเด็นการสนทนากลุ่ม

2.3 พัฒนาคู่มือแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระยะที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของระบบ มี 3 ขั้นตอน คือ

3.1 ก่อร่างแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 ท่าน รวมทั้งพิจารณาความตรงตาม การทบทวนวรรณกรรมของแบบประเมิน เกณฑ์การประเมิน และตรงตามวัตถุประสงค์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่า ดัชนีความ สอดคล้องระหว่างองค์ประกอบความสามารถและ พฤติกรรมบ่งชี้ระดับคุณภาพจากผลการตัดสินของ ผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruency Index: IOC) และใช้ค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ปรับปรุง แบบประเมินแต่ละด้านที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.80 ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ⁶

3.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปใช้ทดสอบกับ กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70⁶ คำนวณ จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า เครื่องมือมีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ 0.89 และรายด้านประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถ การประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน 2) ด้านทักษะ ปฏิบัติการพยาบาล 3) ด้านการติดต่อสื่อสาร 4) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย และ 5) ด้าน บุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง เท่ากับ 0.80, 0.82, 0.65, 0.69 และ 0.87 ตามลำดับ จากผล การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น พบว่า ด้านการ ติดต่อ สื่อสาร และด้านจริยธรรมและกฎหมายมีค่า ความเชื่อมั่นน้อยกว่า 0.70 ผู้วิจัยจัดการสนทนา กลุ่มย่อยจากผู้เชี่ยวชาญ

3.3. ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มย่อย (focus group) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นที่ได้ ร่วมกับได้ข้อเสนอแนะ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน จำนวน 3 ท่าน นำมาประกอบการสนทนา กลุ่มย่อยใช้แบบประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ตามแนวคำถามในการ จัด สนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) แนะนำตนเองและทีมงาน ชี้แจง

จุดมุ่งหมายในการสนทนากลุ่ม และวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ผู้เข้าร่วมสนทนาแนะนำตนเอง เริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ตาม ประเด็นต่าง ๆ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในกลุ่ม ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน และสรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบไปด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความสามารถ ของการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน ประกอบไป ด้วย นักศึกษามีความสามารถของการซักประวัติ ความสามารถการตรวจร่างกาย ความสามารถ การจำแนกความรุนแรงของผู้ป่วย (triage/ESI) ความสามารถในการประเมินและให้การพยาบาล ผู้ป่วย fast track STEMI ความสามารถในการ ประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วย fast track sepsis ความสามารถในการประเมินและให้ การพยาบาลผู้ป่วย fast track stroke และ ความสามารถในการประเมินและให้การพยาบาล ผู้ป่วย fast track trauma

องค์ประกอบที่ 2 ด้านทักษะปฏิบัติ การพยาบาล ประกอบไปด้วย นักศึกษาสามารถ กำหนดปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถการวางแผนการพยาบาล สามารถ การตรวจวัดประเมินความผิดปกติของสัญญาณชีพ สามารถประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติเบื้องต้น สามารถประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติเบื้องต้น สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่รวดเร็วและปลอดภัย สามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ มากกว่า 2 ระบบขึ้นไป และสามารถให้คำแนะนำ เบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการติดต่อสื่อสาร ประกอบไปด้วย นักศึกษาสามารถติดต่อสื่อสาร และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ

สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลรักษาต่อเนื่องตามหลัก ISBAR

องค์ประกอบที่ 4 ด้านจริยธรรมและกฎหมาย ประกอบไปด้วย นักศึกษาสามารถปฏิบัติตามหลักสิทธิผู้ป่วย สามารถบันทึกทางการพยาบาล สามารถให้คำแนะนำในกรณีที่มีความ มีความซื่อสัตย์ รับผิดชอบ และมีวินัย และรักษาจรรยาบรรณวิชาชีพ พึงกษัตริย์ของผู้ให้บริการ

องค์ประกอบที่ 5 ด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง ประกอบไปด้วย นักศึกษาสามารถแสดงถึงภาวะผู้นำ สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และสามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยใช้การสนทนากลุ่มแบบออนไลน์ (online focus groups) ผ่านโปรแกรม microsoft team

คำชี้แจง การดำเนินการสนทนากลุ่ม

- 1) ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) แนะนำตนเองและทีมงาน
- 2) ผู้ดำเนินการสนทนาชี้แจงจุดมุ่งหมายในการสนทนากลุ่ม และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 3) ผู้เข้าร่วมสนทนาแนะนำตนเอง
- 4) เริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ตามประเด็นต่าง ๆ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน
- 5) สรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่ม

แนวคำถามในการจัดสนทนากลุ่ม

- 1) ประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เหมาะสมหรือไม่อย่างไร
- 2) หัวข้อการประเมินด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉินครอบคลุมครบถ้วน หรือไม่อย่างไร
- 3) หัวข้อการประเมินด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่อย่างไร
- 4) หัวข้อการประเมินด้านการติดต่อสื่อสารครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่อย่างไร
- 5) หัวข้อการประเมินด้านจริยธรรมและกฎหมายครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่อย่างไร

6) หัวข้อการประเมินด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเองครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่อย่างไร และ 7) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

2. คู่มือที่ใช้คำอธิบายแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ คู่มือคำอธิบายแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต รหัสโครงการ SHS068/2566 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยตนเอง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนและไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าร้อยละ เพื่อหาค่า IOC ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบความสามารถและพฤติกรรมบ่งชี้ระดับคุณภาพจากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญรายด้าน พบว่า ด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านจริยธรรมและกฎหมาย ด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเองค่า IOC เท่ากับ 1, 0.98, 0.67, 0.80 และ 1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์คุณภาพของแบบประเมินรายด้าน

ด้าน	ความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ผู้ทรงคุณวุฒิ		
		ประเมิน	ค่ารวม IOC	รายด้าน
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
	ด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน ข้อคำถาม 1-7	ค่า IOC เท่ากับ 1		
	ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ข้อคำถาม 8-15	ค่า IOC เท่ากับ 0.98		
	ด้านการติดต่อสื่อสาร ข้อคำถาม 16-17	ค่า IOC เท่ากับ 0.67		
	ด้านจริยธรรมและกฎหมาย ข้อคำถาม 18-22	ค่า IOC เท่ากับ 0.80		
	ด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง ข้อคำถาม 23-26	ค่า IOC เท่ากับ 1		

2. การทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70⁶ คำนวณจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ 0.89 และรายด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน 2) ด้านทักษะปฏิบัติ

การพยาบาล 3) ด้านการติดต่อสื่อสาร 4) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย และ 5) ด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง เท่ากับ 0.80, 0.82, 0.65, 0.69 และ 0.87 ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น พบว่า ด้านการติดต่อสื่อสารและด้านจริยธรรมและกฎหมายมีค่าความเชื่อมั่นน้อยกว่า 0.70 ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มย่อยจากผู้เชี่ยวชาญ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคคุณภาพของแบบประเมินโดยรวม

ข้อ	ความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค
1	ด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน	0.80
2	ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล	0.82
3	ด้านการติดต่อสื่อสาร	0.65
4	ด้านจริยธรรมและกฎหมาย	0.69
5	ด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง	0.87
โดยรวม		0.89

3. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

3.1 ประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติ

การพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เหมาะสมหรือไม่อย่างไร

การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมิน

ความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละบริบทของการขึ้นฝึกปฏิบัติ โดยสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความคิดเห็นดังนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 “มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการประเมินในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน” ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 “แบบประเมินมีความเหมาะสมและสอดคล้องตามบริบทการขึ้นฝึก” และผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 “เหมาะสมกับการประเมินนักศึกษาในระดับ ป.ตรี”

3.2 การประเมินด้านความสามารถของการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉินครอบคลุมครบถ้วน หรือไม่อย่างไร

ความสามารถของการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉินสามารถซักประวัติ ตรวจร่างกาย จำแนกความรุนแรงของผู้ป่วย (triage/ESI) และสามารถประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มช่องทางด่วนได้ โดยสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ความคิดเห็นดังนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 “ในคู่มือเพิ่มการซักประวัติเกี่ยวกับอะไรบ้างเช่น อาการสำคัญ การเจ็บป่วยในปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต” ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 “การตรวจร่างกายเน้นแบบไหน head to toe หรือเฉพาะตำแหน่ง” และผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 “ควรแยกการประเมินกับกิจกรรมการพยาบาล”

3.3 การประเมินด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่อย่างไร ทักษะปฏิบัติการพยาบาลต้องสามารถกำหนดปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลได้ การตรวจวัดประเมินความผิดปกติของสัญญาณชีพ ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติและผิดปกติเบื้องต้นให้การพยาบาลที่รวดเร็วและปลอดภัย ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ซับซ้อนเบื้องต้น และให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติได้ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 “ด้วยการดูแลคนไข้ที่หลากหลายเน้นปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม fast track” ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 “ควรระบุกิจกรรมไปเลยเป็นข้อ ๆ เช่น การประเมิน FT stroke เป็นต้น” และผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 “เพิ่มกิจกรรมการให้ยาปฏิชีวนะ การทำ EKG”

3.4 การประเมินด้านการติดต่อสื่อสารครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่อย่างไร

การติดต่อสื่อสารและประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลรักษาต่อเนื่องตามหลัก ISBAR ได้ โดยสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความคิดเห็นดังนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 “การใช้หลัก ISBAR มีความเหมาะสม” ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 “ควรระบุกลุ่มที่ต้องติดต่อสื่อสารให้เฉพาะเจาะจง” และผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 “นักศึกษาพยาบาลมีการสื่อสารส่วนใหญ่กับเพื่อน อาจารย์นิเทศและพี่ ๆ พยาบาล”

3.5 การประเมินด้านจริยธรรมและกฎหมายครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่อย่างไร

การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักสิทธิผู้ป่วย บันทึกทางการพยาบาล ให้คำแนะนำเบื้องต้นในกรณีคดีความ มีความซื่อสัตย์รับผิดชอบ และมีวินัย รักษาจรรยาบรรณวิชาชีพ พึงทักท้วงสิทธิของผู้ใช้บริการโดยสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความคิดเห็นดังนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 “การบันทึกทางการพยาบาลต้องระบุด้วยว่าได้ถูกต้องตามหลักการ” ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 “เกินขอบเขตบทบาทนักศึกษา หรือเปลี่ยนคำเป็นสามารถวิเคราะห์ทางจริยธรรมด้านการพยาบาลหรือระบุความผิดทางจริยธรรมทางการพยาบาล” และผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 “ความสามารถให้คำแนะนำในกรณีคดีความนักศึกษาพยาบาลอาจไปไม่ถึง”

3.6 การประเมินด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเองครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่อย่างไร

แสดงถึงภาวะผู้นำ ตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ โดยสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความคิดเห็นดังนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 “สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของพยาบาลศาสตรบัณฑิตและอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต สุภาพชนคนดี สวนดุสิต” ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 “เพิ่มการทำงานร่วมกับเพื่อนที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ” และผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 “มีความเหมาะสมกับคุณลักษณะพยาบาล”

3.7 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

การนำแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการปรับการประเมินให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายคือนักศึกษาพยาบาลโดยสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความคิดเห็นดังนี้ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 “แบบประเมินการฝึกปฏิบัติควรมีคะแนนเต็ม 100” ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 “ระบุในด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ด้านจริยธรรมและกฎหมาย ด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง บางข้อการประเมินสามารถให้คะแนนได้ 2 เท่า” และผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 “ด้านจริยธรรมและกฎหมายอาจปรับเป็นด้านคุณธรรม จริยธรรม”

การอภิปรายผล

การพัฒนาแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านจริยธรรมและกฎหมาย และด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอการปรับด้านจริยธรรมและกฎหมายเป็นด้านคุณธรรม จริยธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของวิปศยา คัมสุพรรณ, บุญพิชชา กิจภักดี และกุลวดี อภิชาติบุตร⁷ ศึกษาการพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่ากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน โดยการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ดังกล่าวยังเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในมาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และมาตรฐานที่ 2 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่กำหนด

ว่า พยาบาลวิชาชีพ ต้องปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับ ปัญหาการเจ็บป่วยและบาดเจ็บอย่างทันทีต่อสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นและส่งต่อข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วยแก่พยาบาลหรือผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องได้อย่างถูกต้อง⁸ สอดคล้องกับสำนักการพยาบาลที่กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในมาตรฐานที่ 2 หัวข้อ ที่ 2.2 ว่าพยาบาลวิชาชีพต้องประเมินอาการและเฝ้าระวังสิ่งผิดปกติจากการใช้ยาได้ รวมถึงการจัดลำดับการช่วยเหลือดูแลตามลำดับความเร่งด่วนที่มีประสิทธิภาพและถูกต้อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ลดภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่คุกคามชีวิต และลดอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ โดยความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยก ผู้ป่วยเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน⁹ การให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การคัดแยกผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรง การพยาบาลสาธารณสุข การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก และ ผู้สูงอายุ การบริหารจัดการในภาวะเร่งด่วน และการพยาบาลผู้ป่วยภาคสนาม หรือเมื่อเกิดภาวะสงคราม โดยสมรรถนะที่พยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมี คือ การให้การพยาบาลที่ถูกต้อง การเป็นที่ปรึกษา มีความเป็นผู้นำ เป็นผู้ประสานงาน เป็นผู้สอน เป็นผู้ศึกษา ค้นคว้า วิจัยพัฒนา และเป็นตัวอย่างของ ผู้มีจริยธรรมทางวิชาชีพ ซึ่งบทบาทพยาบาลในคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นบทบาทสำคัญ พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะหรือ ความสามารถคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรงได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องที่จะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่แท้จริงได้รับการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสมและรวดเร็ว อันเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเกิดความพิการ และการเสียชีวิต จัดเป็นการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลตลอดจนทำให้ผู้รับบริการและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลเพิ่มขึ้น รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศเป็นต้น⁹

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบความสามารถและพฤติกรรมบ่งชี้ระดับคุณภาพจากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruency Index: IOC) รายงาน พบว่า ด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน ค่า IOC เท่ากับ 1 ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ค่า IOC เท่ากับ 0.98 ด้านการติดต่อสื่อสาร ค่า IOC เท่ากับ 0.67 ด้านจริยธรรมและกฎหมาย ค่า IOC เท่ากับ 0.80 และด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง ค่า IOC เท่ากับ 1 และการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70⁶ คำนวณจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ 0.89 และรายด้านประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน 2) ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล 3) ด้านการติดต่อสื่อสาร 4) ด้านจริยธรรม และกฎหมาย และ 5) ด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง เท่ากับ 0.80, 0.82, 0.65, 0.69 และ 0.87 ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นพบว่า ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านจริยธรรมและกฎหมายมีค่าความเชื่อมั่นน้อยกว่า 0.70 ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มย่อยจากผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับการศึกษาของระวีวรรณ ยี่ฝุ่นแก้ว และสุนทรา โตบัว¹¹ ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุ ระดับ 1-2 พบว่า แบบประเมินสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุ ระดับ 1-2 มีลักษณะการให้คะแนนแบบรูบริคแบ่งพฤติกรรม

สมรรถนะออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 4 สมรรถนะ ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน 2) ด้านการบริหารจัดการ 3) ด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ และ 4) ด้านบุคลิกภาพ ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน พบว่า มีความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาจากผลความสอดคล้องของการผู้เชี่ยวชาญ ค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับจากหัวหน้าหรือรองหัวหน้าพยาบาลวิชาชีพประเมินตนเอง เท่ากับ 0.951 และ 0.937 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยพิจารณาจากผลความสอดคล้องใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .61$)

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้จำเป็นต้องมีการแบบประเมินการฝึกปฏิบัติควรมีคะแนนเต็ม 100 และสามารถระบุในด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลด้านจริยธรรมและกฎหมายด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง บางข้อของการประเมินสามารถให้คะแนนได้ 2 เท่า และควรมีการปรับแบบประเมินด้านจริยธรรมและกฎหมาย อาจปรับเป็นด้านคุณธรรมจริยธรรม

การนำแบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปใช้มีจำนวน 26 ข้อ ในหัวข้อที่มีเครื่องหมาย * จะมีคะแนน $\times 2$ เท่า ซึ่งคะแนนทั้งชุดแบบสอบถามรวม 200 คะแนน นำคะแนนเต็มมาหาร 2 ได้คะแนนรวม 100 คะแนนโดยมีการกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของระดับความสามารถ¹² แบ่งดังนี้

1. คะแนนความสามารถ ร้อยละ 0-25 มีพัฒนาการระดับต้น

2. คะแนนความสามารถ ร้อยละ 25-50
มีพัฒนาการระดับปานกลาง

3. คะแนนความสามารถ ร้อยละ 50-75
มีพัฒนาการระดับสูง

4. คะแนนความสามารถ ร้อยละ 75-100
มีพัฒนาการระดับสูงมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Praveda K. Teaching clinical practice according to the expectations of nursing students. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region. 2564; 27(1): 17-28. (in Thai)
2. Somkit R. Organizing teaching and learning in the clinic. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2007. (in Thai)
3. Satsin T., and Wongwisetkul S. Lessons Learn from Online Teaching: Challenges for Teacher under COVID - 19 Situations. J Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 1-9. (in Thai)
4. Son, Young-Ju, Insook Lee, and Chang-Seung Park. A Study of competence of nursing students in Emergency Nursing Core Skills. Journal of Problem-Based Learning. 2016; 3(1): 15-22.
5. AlShibi, Ahmad N., and Ayman M. Hamdan-Mansour. "Nurses' knowledge and skills to manage patients with psychological distress in emergency departments." The Open Nursing Journal . 2020; 4(1).
6. Boonjai S. The methodology in nursing research. Bangkok. U and I intermedia; 2010. (in Thai)
7. Wipatsaya K., Bunpitcha C. and Kulwadee A. Development of a Registered Nurse Competency Framework, Emergency Department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Nursing Journal CMU. 2565; 49(1): 138-147. (in Thai)
8. National Institute of Emergency Medicine. (2015). Guidelines to follow the rules, criteria and procedures to sort and prioritize emergency care at the emergency room, according to the emergency medical board. Nonthaburi: Author. (in Thai)
9. Malee K. and Kittiporn N. Guideline for Developing Quality and Safety in Caring for Patients with Accident and Emergency. EAU HERITAGE JOURNAL SCIENCE AND TECHNOLOGY. 2565; 11(3): 30-42. (in Thai)
10. Monrudee P., Yothaka Phakaphong & Peraya Sutheelangkun. Role and Competencies of Emergency Nurses in Triage Assessment for Patients in Emergencies. EAU HERITAGE JOURNAL SCIENCE AND TECHNOLOGY. 2563; 14(3): 60-71. (in Thai)
11. Rawiwan Y. and Suntrara T. A Development of the Essential Emergency Department Nurse' Competency in the Trauma Center Hospital Level 1-2. J Royal Thai Army Nurses. 2013; 11(2): 53-60. (in Thai)
12. Sirichai K, Classical Testing Theory. 6th edition. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2009: 266-268. (in Thai)

ตัวอย่างแบบประเมินฉบับสมบูรณ์
แบบประเมินความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล
ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

คำชี้แจง

1. โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ซึ่งข้อความแต่ละข้อเป็นคำอธิบายถึงความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 5 ด้าน มีทั้งหมด 26 ข้อ คะแนนรวม 200 คะแนน ได้แก่

ด้านที่ 1 ด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน

ด้านที่ 2 ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล

ด้านที่ 3 ด้านการติดต่อสื่อสาร

ด้านที่ 4 ด้านคุณธรรมจริยธรรม

ด้านที่ 5 ด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับความสามารถของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ ขอให้ท่านพิจารณาตามความเป็นจริงมากที่สุดว่าท่านมีระดับความสามารถดังกล่าวในด้านต่าง ๆ มากน้อยเพียงใดโดยมีหลักเกณฑ์พิจารณาดังนี้

มากที่สุด (5) หมายถึง ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงความสามารถดังกล่าวมากที่สุด

มาก (4) หมายถึง ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงความสามารถดังกล่าวมาก

ปานกลาง (3) หมายถึง ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงความสามารถดังกล่าวปานกลาง

น้อย (2) หมายถึง ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงความสามารถดังกล่าวน้อย

น้อยที่สุด (1) หมายถึง ท่านรับรู้ / แสดงออกถึงความสามารถดังกล่าวน้อยที่สุด

ข้อ	ความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ระดับความสามารถ				
		5	4	3	2	1
ด้านความสามารถการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน*						
1	สามารถซักประวัติได้					
2	สามารถตรวจร่างกายได้					
3	สามารถจำแนกความรุนแรงของผู้ป่วย (triage/ESI) ได้*(2)					
4	สามารถประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วย fast track STEMI ได้*(2)					
5	สามารถประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วย fast track sepsis ได้*(2)					
6	สามารถประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วย fast track stroke ได้*(2)					
7	สามารถประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วย fast track trauma ได้*(2)					
ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล*						
8	สามารถกำหนดปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้*(2)					
9	สามารถวางแผนการพยาบาลได้*(2)					
10	สามารถการตรวจวัดประเมินความผิดปกติของสัญญาณชีพได้					
11	สามารถประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติเบื้องต้นได้					
12	สามารถประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติเบื้องต้นได้					
13	สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่รวดเร็วและปลอดภัยได้					

ข้อ	ความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ขั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ระดับความสามารถ				
		5	4	3	2	1
14	สามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติซับซ้อนเบื้องต้นได้					
15	สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติได้					
ด้านการติดต่อสื่อสาร*						
16	สามารถติดต่อสื่อสารและประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้					
17	สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลรักษาต่อเนื่องตามหลัก ISBAR ได้*(2)					
ด้านคุณธรรมจริยธรรม*						
18	สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามหลักสิทธิผู้ป่วยได้*(2)					
19	สามารถบันทึกทางการพยาบาลได้					
20	สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นในกรณีคดีความได้					
21	มีความซื่อสัตย์ รับผิดชอบ และมีวินัย*(2)					
22	รักษารายาบรรณวิชาชีพ พัทธ์สิทธิ์ของผู้ใช้บริการ*(2)					
ด้านบุคลิกภาพและการพัฒนาตนเอง*						
23	สามารถแสดงถึงภาวะผู้นำได้*(2)					
24	สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง*(2)					
25	สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้*(2)					
26	สามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้*(2)					
รวม 200 คะแนน/2 คะแนนเต็ม 100 คะแนน						

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของระดับความสามารถ¹² แบ่งดังนี้

1. คะแนนความสามารถ ร้อยละ 0-25 มีพัฒนาการระดับต้น
2. คะแนนความสามารถ ร้อยละ 25-50 มีพัฒนาการระดับปานกลาง
3. คะแนนความสามารถ ร้อยละ 50-75 มีพัฒนาการระดับสูง
4. คะแนนความสามารถ ร้อยละ 75-100 มีพัฒนาการระดับสูงมาก

บทความวิจัย

ผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยา ความเสี่ยงสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประภาวดี ไทนสุข¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยารisk สูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยารisk สูงของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเพื่อหาประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยารisk สูงของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในด้านความรู้ การปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยารisk สูง จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยารisk สูง และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมในงานวิจัยนี้ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง หนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ แนวทางการบริหารยารisk สูง คู่มือการใช้ยารisk สูง แบบทดสอบความรู้เรื่องการบริหารยารisk สูง แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยารisk สูง แบบบันทึกการเฝ้าระวังและติดตามการบริหารยารisk สูง และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริหารยารisk สูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังได้รับความรู้เรื่องการบริหารยารisk สูง สูงกว่าก่อนได้รับความรู้เรื่องการบริหารยารisk สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยารisk สูงร้อยละ 97.2 และไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการบริหารยารisk สูง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 86.8

คำสำคัญ: การบริหารยา/ ยารisk สูง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

Corresponding Author, Email: ton_prapawadee@hotmail.com

Research article

The Effect of Developing a Nursing Service Model for High Alert Drug Administration at Surgical Unit, Suratthani Hospital

Prapawadee Tonsook¹

Abstract

This research investigates the effect of developing a nursing service model for High Alert Drug Administration in the surgical unit at Suratthani Hospital. The objectives are to enhance the nursing service model for High Alert Drug Administration among registered nurses in the surgical unit at Suratthani Hospital and to assess the effectiveness of the nursing service model for High Alert Drug Administration among registered nurses in the surgical unit at Suratthani Hospital in terms of knowledge, concordant practice with the High Alert Drug Administration model, the number of medication errors resulting from High Alert Drug Administration, and the satisfaction of participating registered nurses. This quasi experimental research adopts a one-group pretest-posttest design. The sample comprises 60 nurses working in the surgical unit at Suratthani Hospital. The research instruments include guidelines for High Alert Drug administration, a manual for High Alert Drug administration, a questionnaire about knowledge on High Alert Drug Administration, a monitoring and follow-up record for High Alert Drug Administration, an assessment form for adherence to the High Alert Drug Administration model, and a satisfaction evaluation form for using the High Alert Drug Administration model. Data analysis includes descriptive statistics (frequencies, percentages, means, standard deviations) and paired t-test statistics.

The research results indicate that the average knowledge score significantly increased after receiving knowledge about High Alert Drug Administration compared to before receiving such knowledge ($p < 0.05$). The 97.2% of the sample group concordant practice with the High Alert Drug Administration model. No incidence of medication errors from High Alert Drug Administration was found and satisfaction levels at 86.8% at the highest level.

Keywords: drug administration/ high alert drug

¹ Registered Nurse, Professional level, Administration at Surgical Unit, Suratthani Hospital, Surat Thani Province 84000 Corresponding Author, Email: ton_prapawadee@hotmail.com

บทนำ

ยาความเสี่ยงสูง (high alert drugs : HAD) เป็นกลุ่มยาที่นำมาใช้บ่อยในผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ในภาวะความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน จึงมีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ได้ง่าย และเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration error: AE)¹ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหลักการพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ และในระบบสุขภาพทั่วโลก ระบบยานับเป็นเรื่องที่องค์กรสำคัญต่าง ๆ ให้ความสำคัญ เนื่องจากหากเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาอาจทำให้เกิดอันตรายรุนแรงกับผู้ป่วย² โดยเฉพาะกลุ่มยาที่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนของยาความเสี่ยงสูงในประเทศไทย พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 38,774 ครั้ง โดยเป็นเหตุการณ์ระดับรุนแรงที่ทำให้ต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดทุพพลภาพหรือพิการอย่างถาวร และเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20.38³ โดยเฉพาะความปลอดภัยด้านยาที่เป็น 1 ใน 5 อันดับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาพยาบาล (adverse event) และจัดเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการในระบบบริการสุขภาพ⁴ สำหรับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้มีการกำหนดบัญญัติรายการยาความเสี่ยงสูงจำนวน 10 กลุ่ม รวม 28 รายการ⁵ และได้กำหนดเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของระบบยา จากสถิติปี 2563-2565 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 80, 518 และ 378 ครั้งตามลำดับ จากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทั้งหมดนี้มีความคลาดเคลื่อนจากการ

บริหารยาความเสี่ยงสูง จำนวน 11, 29 และ 27 ครั้งตามลำดับ และพบความรุนแรงความเสี่ยงระดับ A จำนวน 6 ครั้ง ระดับ B จำนวน 38 ครั้ง ระดับ C จำนวน 26 ครั้ง ระดับ D จำนวน 25 ครั้ง และระดับ E จำนวน 6 ครั้ง ซึ่งระดับ E ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอาการ ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

การบริหารยาความเสี่ยงสูง เป็นข้อกำหนดในการพัฒนาคุณภาพระบบยาของโรงพยาบาลตามนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 2P safety ภายใต้หลักการ SIMPLE ในหัวข้อ medication safety ของกระทรวงสาธารณสุขตลอดจนโรงพยาบาลทุกระดับและทุกประเภท และยังเป็น 1 ใน 9 มาตรฐานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวทางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย⁶ ร่วมกับสถานการณ์ปัจจุบันโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีผู้ป่วยศัลยกรรมวิกฤตที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะ hypovolemic shock และภาวะ electrolyte imbalance จาก multiple trauma ตลอดจนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดจำนวนมากขึ้น จึงทำให้มีการใช้ยาความเสี่ยงสูงเพิ่มมากขึ้นตามมา กระบวนการบริหารยาของพยาบาลศัลยกรรมจึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง

กระบวนการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง เพื่อให้เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงตติยภูมินำระดับประเทศ โดยการพัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพและพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานและมีศักยภาพ กระบวนการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการและแพทย์มีแผนการรักษาด้วยยาความเสี่ยงสูง ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและพิษวิทยาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

พบว่า ยาความเสี่ยงสูงที่ใช้บ่อยที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม มี 10 รายการ ได้แก่ 1. morphine sulphate injection 2. pethidine injection 3. adrenaline injection 4. noradrenaline injection 5. amiodarone injection 6. regular insulin injection (IV) 7. potassium chloride injection 8. calcium gluconate injection 9. Magnesium sulfate injection 10. dopamine injection⁵

ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา ความเสี่ยงสูงมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) บริบทวัฒนธรรมและนโยบายด้านความปลอดภัย ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาความเสี่ยงสูงสำหรับ พยาบาลยังไม่เป็นรูปธรรม ไม่มีความชัดเจน วิธีปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามแนวทาง⁷ 2) บุคลากร พยาบาลมีความหลากหลายประสบการณ์ องค์ความรู้ ความตระหนักถึงอันตราย และ อันตรายจากความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง⁷ โดยพบการศึกษา เปรียบเทียบความรู้ในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ของพยาบาลพบว่า พยาบาลศัลยกรรมมีค่าเฉลี่ย ของคะแนนความรู้ในการบริหารยาความเสี่ยงสูง น้อยกว่าพยาบาลอายุรกรรม⁸ 3) อุปกรณ์ เครื่องมือ (material) ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ รวมทั้งการ บริหารยาความเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมที่วุ่นวาย มี สิ่งรบกวนสมาธิเข้ามาสอดแทรกตลอดการบริหาร ยา ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยตั้งแต่ต้องเฝ้าระวัง อาการ ต้องได้รับการรักษา อาการอาจรุนแรงขึ้น หรือทรุดลงทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร และ อาจรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ จริงในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบความผิดพลาด ในการบริหารยาเกิดจากการขาดการตรวจสอบ ความถูกต้องของการรับคำสั่ง หรือตรวจสอบ ไม่รัดกุมก่อนบริหารยาให้ผู้ป่วย⁷ การจัดเก็บยา ความเสี่ยงสูงร่วมกับยาทั่วไป การไม่ได้รับความรู้ เกี่ยวกับวิธีบริหารยาความเสี่ยงสูงและการเฝ้าระวัง

อาการระหว่างและหลังได้รับยาความเสี่ยงสูง และ จากการทบทวนแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม พบว่า ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนใน การติดตามประเมินผลการใช้ยาความเสี่ยงสูง ขาด การบันทึกในบันทึกทางการพยาบาลให้ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบการศึกษาที่แสดงว่าพยาบาล วิชาชีพในหอผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังใน การลดความเสี่ยงและผลกระทบของความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูง⁹ ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบริการ พยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงของ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูงอย่าง ถูกต้องปลอดภัยตามแผนการรักษา ลดความคลาด เเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการ ได้รับการรักษาด้วยยาความเสี่ยงสูงระหว่างเข้ารับ การรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ในการให้บริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาล และประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาล เพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาล วิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ดังนี้

1.1. ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่ม งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานีเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง

1.2 การปฏิบัติตามรูปแบบการบริหาร ยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่ม งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี

1.3 จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน จากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

1.4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ต่อการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงหลังได้รับความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงมีระดับคะแนนทดสอบความรู้ post test สูงกว่า pre test

2. การปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อยู่ในระดับมาก

3. จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แตกต่างจากก่อนนำรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ

4. พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงอยู่ในระดับมากขึ้นไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (study design) การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่มวัดซ้ำก่อน-หลังทดลอง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงต่อความรู้และการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาลที่ใบอนุญาตได้รับการต่ออายุเป็นปัจจุบัน ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 96 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยการใช้การทดสอบสมมติฐานกลุ่มเดียว แบบสองทาง (two tailed test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ 0.95 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 ราย เนื่องจากมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริหารยาความเสี่ยงสูงจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับแนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาลที่ใบอนุญาตที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาตเป็นปัจจุบัน

2. เป็นพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูงซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยขั้นตอนการบริหารยาความเสี่ยงสูงในช่วงขั้นตอนการรับคำสั่งการรักษา ก่อนให้ยาความเสี่ยงสูง จนถึงขั้นตอนการทำลายยาที่เหลือหรือยาหมดอายุ ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้า

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1

1.2 คู่มือการใช้ยาความเสี่ยงสูง 10 รายการ ได้แก่ 1. morphine sulphate injection 2. pethidine injection 3. adrenaline injection 4. noradrenaline injection 5. amiodarone injection 6. regular insulin injection (IV) 7. potassium chloride injection 8. calcium gluconate injection 9. magnesium sulfate injection 10. dopamine injection อ้างอิงข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลยาของกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี⁵

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยระดับของพยาบาลวิชาชีพ อายุตัว อายุการทำงาน ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประสบการณ์การอบรมเรื่องยาความเสี่ยงสูง

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง (pre-posttest) ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1 นำแบบทดสอบที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากร จำนวน 20 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง ซึ่งประเมินโดยพยาบาลคู่เวรที่ทำหน้าที่ประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลผู้บริหายาความเสี่ยงสูง (observation) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนี

ความตรงตามเนื้อหา = 1 หาค่า interrater reliability = 0.75

2.4 แบบบันทึกการเฝ้าระวังและติดตามการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบตรวจสอบการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยใช้รูปแบบ check list จำนวน 10 รายการยา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ใช้เกณฑ์การพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามมาตรการวัดของลิเคิร์ท โดยมีระดับการประเมิน 5 ระดับตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัส COA 078/2566 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2566 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถึงเดือนธันวาคม 2566 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ จัดทำรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง แบบทดสอบความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง (pre-posttest) แบบบันทึกการเฝ้าระวังและติดตามการบริหารยาความเสี่ยงสูง แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสืออนุมัติเสนอคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพิจารณาเพื่อขอจริยธรรมในการวิจัย

1.3 หลังผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยแล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย

2. ขั้นตอนดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง

2.1 ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง

2.2 สร้างรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย คู่มือการบริหารยาความเสี่ยงสูง แนวทางในการบริหารยาความเสี่ยงสูง แบบบันทึกการเฝ้าระวังและบริหารยาความเสี่ยงสูง

2.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สอบถามความสนใจจากกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างในการวิจัย

2.4 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ pre test เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง

2.5 ให้ความรู้ตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยการสอนเรื่องแนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูงกับกลุ่มตัวอย่างผ่านโปรแกรม power point และชี้แจงการใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังและติดตามการบริหารยาความเสี่ยงสูงกับกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

2.6 ผู้วิจัยชี้แจงการใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง โดยให้พยาบาลคู่เวรเป็นผู้ประเมิน โดยมีการกำหนดแนวทางให้พยาบาลคู่เวรประเมินกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินโดยการสังเกตเมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างมีการบริหารยาความเสี่ยงสูงตั้งแต่ขั้นตอนรับคำสั่งแพทย์ตลอดจนถึงขั้นตอนการบันทึกผลการเฝ้าระวังอาการหลังได้รับยาความเสี่ยงสูง

3. ขั้นตอนประเมินผลของรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง

ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ post-test เรื่องการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงหลังได้รับความรู้เรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

3.1 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ post test เรื่องการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงหลังได้รับความรู้เรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

3.2 ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่าง

3.3 ผู้วิจัยรวบรวมอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่าง

3.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับของพยาบาลวิชาชีพ ระดับการศึกษา การปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความพึงพอใจ โดยใช้สถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้เรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 31.75 ปี และ ร้อยละ 63.3 มีอายุ 23 ถึง 29 ปี ทุกคนมีระดับ การศึกษาระดับปริญญาตรี ดำรงตำแหน่งพยาบาล

วิชาชีพระดับปฏิบัติการร้อยละ 70 มีอายุงานใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3 ถึง 10 ปี ร้อยละ 60 และ ร้อยละ 66.7 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการบริหาร ยาความเสี่ยงสูง (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=60 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	38	63.3
30-39	9	15.0
40-49	12	20.0
50-59	1	1.7
อายุเฉลี่ย $\pm$ SD (min-max)	31.75 $\pm$ 8.42 (23-56)	
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	60	100.0
ดำรงตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพระดับ ปฏิบัติการ	42	70.0
พยาบาลวิชาชีพระดับ ชำนาญการ	18	30.0
อายุงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม		
0-1 ปี	3	5.0
1-3 ปี	8	13.3
3-5 ปี	21	35.0
5-10 ปี	15	25.0
10 ปีขึ้นไป	13	21.7
การได้รับการอบรมเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง		
ไม่เคยได้รับการอบรม	40	66.7
เคยได้รับการอบรม	20	33.3

2. ความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับความรู้เรื่อง การบริหารยาความเสี่ยงสูงมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.000$ กล่าวคือความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาความเสี่ยงสูง ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง post test (mean = 19.85) สูงกว่าช่วง pre test (mean = 17.82) โดยมีคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ 11 ข้อคำถาม ในส่วนข้อคำถาม อีก 9 ข้อ คะแนน pre test และคะแนน post test ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญส่วนใหญ่เป็น คำถามเกี่ยวกับการติดตามอาการหลังให้ยา ความเสี่ยงสูงที่ใช้อยู่ในหน่วยงาน (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่างแบบแจกแจงรายชื่อ (n=60 ราย)

คำถามความรู้	คำตอบ	pre test		post test		SD difference	mean difference	t	p-value
		sum	mean	sum	mean				
1. สัญญาณชีพที่สำคัญที่ควรเฝ้าระวังในการใช้ยา morphine คือ การหายใจ	✓	60	1.00	60	1.00	-	-	-	-
2. หลังได้รับยา morphine หากผู้ป่วยนอนหลับและหายใจน้อยกว่า 12 ครั้ง ต่อนาที ควรปล่อยให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่รบกวน	×	54	.90	58	.97	.362	-0.067	-1.426	0.159
3. ผู้ป่วยที่ได้รับยา morphine ควร monitor การหายใจ และ sedation score ทุก 1 ชั่วโมง	✓	54	.90	60	1.00	.303	-.100	-2.560	0.013*
4. การบริหารยา pethidine ทาง IM ไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวังเหมือนให้ทาง IV	×	46	.77	57	.95	.469	-.183	-3.027	0.004*
5. ผู้ป่วยที่ได้รับยา adrenaline ควรมีการ monitor EKG ทุกราย	✓	54	.90	59	.98	.334	-.083	-1.932	0.058
6. ควรให้ adrenaline ทางเส้นเลือดขนาดใหญ่เนื่องจากเสี่ยงต่อ extravasation	✓	40	.67	60	1.00	.475	-.333	-5.431	0.000*
7. ไม่ควรเจือจางยา noradrenaline ใน NSS ทำให้สูญเสียความแรงของยาจากปฏิกิริยา oxidation	✓	46	.77	59	.98	.454	-.217	-3.693	0.000*
8. เมื่อต้องการหยุดยา noradrenaline ควรค่อย ๆ ลดขนาดยาเพื่อป้องกัน การเกิดอาการ hypotension	✓	53	.88	60	1.00	.324	-.117	-2.791	0.007*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่างแบบแจกแจงรายชื่อ (n=60 ราย) (ต่อ)

คำถามความรู้	คำตอบ	pre test		post test		SD difference	mean difference	t	p-value
		sum	mean	sum	mean				
9. การให้ amiodarone ร่วมกับ warfarin จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก (INR สูงขึ้น)	✓	51	.85	60	1.00	.360	-.150	-3.227	0.002*
10. ADR ที่สำคัญของการให้ amiodarone เช่น bradycardia, hypotension, phlebitis	✓	57	.95	60	1.00	.220	-.050	-1.762	0.083
11. หลังให้ยา insulin IV infusion ควรเจาะ DTX ซ้ำอีกภายใน 1-2 ชั่วโมง	✓	60	1.00	60	1.00	-	-	-	-
12. หลังการให้ยา insulin ทาง IV หากพบค่าน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 mg/dL ไม่ต้องหยุดการให้ยา แต่ให้ 50 % glucose injection ทันที	×	43	.72	59	.98	.446	-.267	-4.632	0.000*
13. การให้ยา potassium chloride injection ให้แบบ IV push ได้ หากผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว	×	56	.93	60	1.00	.252	-.067	-2.053	0.045*
14. การให้ยา potassium chloride injection ต้องติดตามอาการของ hyperkalemia เช่น คลื่นไส้ ใจสั่น หัวใจเต้นช้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง อึดอัด	✓	60	1.00	60	1.00	-	-	-	-
15. การให้ยา calcium gluconate injection หากมีอาการ hypercalcemia เช่น ปวดกระดูก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ให้ notify แพทย์รับทราบ	✓	55	.92	60	1.00	.279	-.083	-2.316	0.024*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่างแบบแจกแจงรายข้อ (n=60 ราย) (ต่อ)

คำถามความรู้	คำตอบ	pre test		post test		SD difference	mean difference	t	p-value
		sum	mean	sum	mean				
16. ขณะผู้ป่วยได้รับยา calcium gluconate injection ให้นำรับประทานอาหารเสริม calcium ควบคู่กันไปด้วย	×	49	.82	59	.98	.376	-.167	-3.435	0.001*
17. อาการ hypermagnesemia ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง เหงื่อออก ท้องเสีย ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิด heart block ได้	✓	60	1.00	60	1.00	-	-	-	-
18. หากผู้ป่วยมีภาวะไตบกพร่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนให้ยา magnesium sulfate injection	✓	53	.88	60	1.00	.324	-.117	-2.791	0.007*
19. การให้ยา dopamine injection ควรมีการ monitor BP, HR ทุก 1 ชั่วโมง	✓	60	1.00	60	1.00	-	-	-	-
20. หลังผู้ป่วยได้รับยา dopamine injection 15 นาที หาก BP ยังคงต่ำกว่า 90/60 mmHg HR > 150 ครั้ง/นาที หรือ มี VT รีบแจ้งแพทย์ทันที	✓	58	.97	60	1.00	.181	-.033	-1.426	0.159
คะแนนเฉลี่ย		17.82		19.85		1.756	-2.033	-8.969	0.000

*p < 0.05

3. กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงหลังได้รับความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงร้อยละ 97.2 (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง (n=60)

การปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยา ความเสี่ยงสูง	ปฏิบัติ (ราย)	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ (ราย)	ร้อยละ
1. คัดลอกคำสั่งใช้ยาลงในใบบันทึกการให้ยา เขียนคำว่า HAD ด้วยปากกาสีแดง หรือ ติดสติ๊กเกอร์ HAD ที่หน้าชื่อยาความเสี่ยงสูง	60	100.0	0	0
2. จัดเก็บยาความเสี่ยงสูงแยกจากยาอื่น และ ติดเครื่องหมายที่กล่องเก็บยากลุ่มความเสี่ยง สูงของผู้ป่วยเฉพาะราย	45	75.0	15	25.0
3. ดูแลบริเวณที่เตรียมยาให้สะอาด แห้ง และมีแสงสว่างเพียงพอ	60	100.0	0	0
4. ยาที่ต้องมีการแบ่ง หรือคำนวณขนาดยา ให้มีการตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลสองคน	55	91.7	5	8.3
5. กรณีที่มีการผสมยาในสารละลายให้ตรวจสอบ สารละลายให้ถูกต้องตามที่กำหนด	60	100.0	0	0
6. ตรวจสอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ยาเปลี่ยนสี หรือยามีการตกตะกอน	60	100.0	0	0
7. ทำความสะอาดมือแบบ hygiene hand washing หรือด้วย alcohol hand rub	60	100.0	0	0
8. กรณีบริหารยาแบบ continuous infusion ให้ใช้ syringe pump หรือ infusion pump และติดเครื่องหมาย HAD และแขวนป้ายเตือน การให้ยาความเสี่ยงสูง	60	100.0	0	0
9. ยาที่ต้องให้ทางหลอดเลือด ให้ติดป้าย IV สีชมพูสำหรับยา high alert drug ที่ถุง น้ำเกลือโดยต้องระบุข้อมูลที่จำเป็นให้ครบถ้วน	59	98.3	1	1.7
10. ลงบันทึกการให้ยาในใบบันทึกการให้ยาโดย ผู้บริหารยา และตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลคน ที่ 2 และลงชื่อโดยใช้ปากกาสีแดง	60	100.0	0	0
11. ตรวจสอบอัตราการไหลของยาภายใน 10 นาที และทุก 1 ชั่วโมง	60	100.0	0	0
12. ตรวจสอบบริเวณ/ตำแหน่งที่ให้ยาทุก 1 ชั่วโมง หากพบการรั่วของยาออกนอกเส้น เลือดให้หยุดการบริหารยาทันที และ ให้การพยาบาลเบื้องต้น	57	95.0	3	5.0

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง (n=60) (ต่อ)

การปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยา ความเสี่ยงสูง	ปฏิบัติ (ราย)	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ (ราย)	ร้อยละ
13. ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วย (monitoring) ตาม แนวปฏิบัติของยาความเสี่ยงสูงแต่ละชนิดตาม แบบบันทึกการเฝ้าระวังการให้ยาความเสี่ยงสูง	60	100.0	0	0
14. ให้ข้อมูลและแนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการ ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะ/หลังให้ยา ถ้ามี อาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที	60	100.0	0	0
15. ลงบันทึกผลการเฝ้าระวังหลังได้รับยาความ เสี่ยงสูงในแบบบันทึกทางกรพยาบาลอย่าง น้อยแะละ 1 ครั้ง	59	98.3	1	1.7
คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)		97.2		2.8

4. ไม่พบจำนวนอุบัติการณ์ ความคลาด
เคลื่อนจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่ม
ตัวอย่าง หลังจากใช้รูปแบบการบริการพยาบาล
เพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูง

5. ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ
การบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่างอยู่
ในระดับมากที่สุดร้อยละ 86.8 ระดับมากร้อยละ
13.0 ระดับปานกลางร้อยละ 0.2 (ดังแสดงใน
ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง (ร้อยละ)

ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. เนื้อหาของ “รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง” มีความกระชับ เข้าใจง่าย	0	0	0	8.3	91.7
2. “รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง” สามารถลดอุบัติการณ์ เรื่องบริหารยาได้	0	0	0	13.3	86.7
3. หากมีข้อสงสัยเรื่อง “แนวปฏิบัติการบริหารยาความเสี่ยงสูง” ท่านสามารถปรึกษาศูนย์ข้อมูลยาหรือหัวหน้าหอได้ตลอดเวลา	0	0	1.7	15.0	83.3
4. การนำ “รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง” มาใช้ทำให้การ บริหารยาความเสี่ยงสูงมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งหมด	0	0	0	15	85.0
5. เนื้อหาของ “รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง” ครอบคลุม ชนิดของยาที่ใช้บ่อยในหน่วยงานของท่าน	0	0	0	8.3	91.7
6. ท่านอยากให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลใช้ “รูปแบบการบริหาร ยาความเสี่ยงสูง” ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหมด	0	0	0	8.3	91.7

ตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง (ร้อยละ) (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7. ท่านมีความมั่นใจว่าหน่วยงานของท่านสามารถรับประกันคุณภาพเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงได้	0	0	0	20.0	80.0
8. การปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย	0	0	0	10.0	90.0
9. การปฏิบัติตาม “รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง” ทำให้ท่านลดระยะเวลาในการเตรียมยาได้	0	0	0	20.0	80.0
10. การปฏิบัติตาม “รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูง” เป็นแนวทางให้ท่านบริหารยาได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	0	0	0	11.7	88.3
คะแนนเฉลี่ย	0	0	0.2	13.0	86.8

การอภิปรายผล

1. จากข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัย พบว่า ร้อยละ 66.7 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงจากบริบทของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พยาบาลวิชาชีพได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในลักษณะ on the job training พยาบาลจบใหม่เรียนรู้การบริหารยาความเสี่ยงสูงขณะปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Sessions LC และคณะ¹⁰ ที่พบว่า นโยบายการสนับสนุนเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงขณะทำงานในหน่วยงานจะทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจและลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาได้ จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานต้องมีแนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่มีความชัดเจน ถูกต้องตามมาตรฐาน ส่งเสริมให้มีวัสดุและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องพร้อมใช้¹¹⁻¹² เพื่อให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังอาการและผลข้างเคียงจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงได้อย่างถูกต้อง

2. จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าหลังได้รับความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 17.82 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.70) เป็น 19.85 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.55) ซึ่งแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่าการได้รับความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถเข้าใจเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงเพิ่มมากขึ้นจากการศึกษาที่มีมาก่อน พบว่า พยาบาลที่ไม่ได้รับความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูงมากกว่าพยาบาลที่ได้รับความรู้¹³⁻¹⁴ และเมื่อมีการแจกแจงคะแนนเปรียบเทียบรายข้อ พบว่า จากจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น 15 ข้อคำถาม และมีข้อคำถามที่พยาบาลที่มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 11 ข้อคำถาม ในส่วนข้อคำถามอีก 9 ข้อที่ก่อนและหลังให้ความรู้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญส่วนใหญ่เป็นคำถามเกี่ยวกับการติดตามอาการหลังให้ยาความเสี่ยงสูงที่ใช้บ่อยในหน่วยงาน จากการสอบถามพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวอยู่ก่อนแล้วความรู้เพิ่มเติมที่ได้จะเป็นความรู้ในเรื่องความเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังและ ADE ที่สำคัญของยา HAD แต่ละตัว

3. คะแนนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลที่เข้าร่วม

วิจัยหลังได้รับความรู้เรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูง พบว่าร้อยละ 97.2 มีการปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้อง แต่พบว่าร้อยละ 25 ไม่ได้มีการจัดเก็บยาความเสี่ยงสูง แยกจากยาอื่น และติดเครื่องหมายที่กล่องเก็บยากลุ่มความเสี่ยงสูงของผู้ป่วยเฉพาะราย จากการทบทวนกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า ในบางหอผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางการแยกเก็บยาความเสี่ยงสูงแยกจากยาอื่น ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยยังคงปฏิบัติเหมือนเดิม ซึ่งจากการทบทวน พบว่า การแยกจัดเก็บยาความเสี่ยงสูงออกจากยาทั่วไปและมีป้ายระบุว่า เป็นยาความเสี่ยงสูงชัดเจนจะลดความเสี่ยงต่อการบริหารยาผิดชนิดได้¹⁵ และพบว่า ร้อยละ 8.3 ของพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยไม่ได้มีการตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลสองคนในกรณีที่ต้องคำนวณขนาดยาความเสี่ยงสูง และร้อยละ 5 ของพยาบาลไม่ได้มีการตรวจสอบตำแหน่งที่ให้ยาทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พยาบาลไม่ปฏิบัติตามทุกขั้นตอนของแนวปฏิบัติในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะยังไม่มีกำหนดวิธีปฏิบัติในการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ชัดเจนในโรงพยาบาล¹⁶

4. จากการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงในรายการยาที่งานวิจัยกำหนด ทั้ง 10 รายการยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจตนิพัทธ์ มิดขุนทด¹⁷ ที่พบว่า การพัฒนาแนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูงสามารถลดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงได้และความคลาดเคลื่อนทางยาส่วนใหญ่เกิดในขั้นตอนการบริหารยา การพัฒนาระบบบริหารยาและเพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงานทำให้ลดความคลาดเคลื่อนทางยาลงได้¹⁸

5. คะแนนความพึงพอใจโดยภาพรวมในการศึกษานี้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.8) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยระดับคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ เนื้อหาของรูปแบบ

การบริหารยาความเสี่ยงสูงมีความกระชับ เข้าใจง่าย และครอบคลุมชนิดของยาที่ใช้บ่อยในหน่วยงานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวิไล แสงเลิศศิลป์ และ ปฐมา เทพชัยศรี¹⁶ ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลยาที่กระชับและเข้าใจง่ายทำให้พยาบาลสามารถบริหารยาความเสี่ยงสูงได้อย่างถูกต้อง และพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยมีความต้องการให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลใช้รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหมด สำหรับเรื่องที่พยาบาลมีความพึงพอใจน้อยที่สุด ได้แก่ ความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถรับประกันคุณภาพเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงได้ เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลยังไม่มีการจัดระบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ชัดเจน ทั้งยังต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติเป็นไปในตามแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้า ที่พบว่า สถานบริการสุขภาพที่มีการจัดระบบการพยาบาลเพื่อบริหารยาความเสี่ยงสูงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ได้รับการรับรองตามมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ¹⁹ และเรื่องรูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงทำให้ลดระยะเวลาในการเตรียมยาได้ ซึ่งจากการสอบถามพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า รูปแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงในงานวิจัยนี้ไม่ทำให้ลดระยะเวลาในการเตรียมยาแต่ทำให้เตรียมยาความเสี่ยงสูงอย่างมีความมั่นใจมากขึ้น และยังมี ความพึงพอใจระดับปานกลาง จำนวน 1 ข้อ (ร้อยละ 0.2) ในเรื่อง หากมีข้อสงสัยเรื่องแนวปฏิบัติการบริหารยาความเสี่ยงสูงสามารถปรึกษาศูนย์ข้อมูลยาหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ตลอดเวลา จากการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ศูนย์ข้อมูลยาและหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถให้คำปรึกษาได้ในเวลาราชการ หากนอกเวลาราชการต้องปรึกษาเภสัชกรที่ห้องยาได้เท่านั้น ในขณะที่พยาบาลต้องการแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีวิไล แสงเลิศ

ศิลปะชัย และ ปฐมา เทพชัยศรี¹⁶ เกี่ยวกับการบริหารยาความเสี่ยงสูงว่าพยาบาลต้องการช่องทางในการรับข้อมูลที่หลากหลายช่องทางเพื่อความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงให้ครอบคลุมทุกประเภทและนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาความเสี่ยงสูงทุกราย
2. ควรมีการนำรูปแบบการพยาบาลเรื่องการบริหารยาความเสี่ยงสูงไปใช้ และติดตามอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูงทุกเดือนเพื่อเป็นการติดตามประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Sheikh SA, Donaldson L, Dhingra-Kumar N, Bates D, Kelley E, Larizgoitia I. Medication errors: technical series on safer primary care World Health Organization [internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2023 August 30]. Available from: <http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643eng.pdf?sequence=1>.
2. Institute for Safe Medication Practices. ISMP List of high-alert medications in acute care settings [internet]. Butler Pike: ISMP; 2018 [cited 2023 December 2]. Available from: [https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/high Alert2018-Acute-Final.pdf](https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/high%20Alert2018-Acute-Final.pdf)
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สรุปรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประจำปี พ.ศ.2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Change & Collaboration for Sustainability. ใน: HA UPDATE 2019 ทรนง พิราลัย, บรรณาธิการ . HA National Forum ครั้งที่ 20; วันที่ 12-15 มีนาคม 2562; ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี. นนทบุรี: หนังสือดีวัน; 2562. 4 1-109.
5. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและพิษวิทยา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. คู่มือการใช้ยา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [internet]. สุราษฎร์ธานี: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://anyflip.com/qqjon/wgyn/basic>.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. ฉบับที่ 5. นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนทอง; 2565.
7. ปญญา เปล่งอารมณ์. การพัฒนารูปแบบการจัดการทางยาพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจังหวัดสุพรรณบุรี. ว. แพทย์เขต 4-5 2564; 40: 137-50.
8. Gunes U, Ozturk H, Efteli E. Nurses' Knowledge Level about High-Alert Medications. J Health SCI 2021; 9: 12-20. doi: 10.24998/maeusabed.803284.
9. พิศอภา ธงภักดิ์. การประเมินการดำเนินงานตามแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2565; 42: 35-46.
10. Sessions LC, Nemeth LS, Catchpole K, Kelechi TJ, Endowed DC, Endowed MC. Nurses' perceptions of high-alert medication administration safety: A qualitative descriptive study. JAN leading global nursing research. 2019;75:3654-67. Doi: 10.1111/jan.14173.

- 11.กิตติพนธ์ เครือวงศ์. ความคลาดเคลื่อนทางยา.
ว. กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561;
4:251-65.
- 12.Younis I, Shaheen N, Bano S. Knowledge
& practice about administration of high
alert medication in the tertiary care
hospital in Lahore. IJHMNP 2021; 3: 1-16.
- 13.Zyoud SH, Khaled SM, Kawasmi BM,
Habeba AM, Hamadneh AT, Anabosi HH.
Et al. Knowledge about the administration
and regulation of high alert medications
among nurses in Palestine: a cross-
sectional study. BMC Nursing [internet].
2019 [cited 2023 November 28]; 18: 1-
17. Available from:
[https://bmcnurs.biomedcentral.com/
articles/10.1186/s12912-019-0336-0](https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0336-0).
- 14.Sullivan KM, Le PL, Ditoro MJ, Andree
JT, Charest DJ, Tuiskula KA. Enhancing
High Alert Medication Knowledge
Among Pharmacy, Nursing, and Medical
Staff. J Patient Saf 2021; 17: 311-15.
- 15.Medication Safety Section Pharmacy
Practice and Development Division
Pharmaceutical Services Programme
Ministry of Health Malaysia. GUIDELINE
ON SAFE USE OF HIGH ALERT
MEDICATIONS (HAMS) [internet]. Malaysia:
Pharmaceutical Services Programme
Ministry of Health Malaysia; 2020 [cited
2023 December 13]. Available from:
[https://pharmacy.moh.gov.my/sites/
default/files/document-upload/guideline-
safe-use-high-alert-medications-hams-2nd-
edition_1.pdf](https://pharmacy.moh.gov.my/sites/default/files/document-upload/guideline-safe-use-high-alert-medications-hams-2nd-edition_1.pdf)
- 16.ศรีวิไล แสงเลิศศิลป์ชัย และปฐมา เทพชัยศรี.
การพัฒนาระบบการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง
ในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. ว.
สาธารณสุขศาสตร์ 2566; 53: 449-64.
- 17.เจตนิพัทธ์ มิตขุนทด. การพัฒนาระบบการ
จัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงโรงพยาบาลตา
คลีภายใต้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ. ว.
วิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2564; 3:
39-51.
- 18.จันทิมา ชูรัมย์. ความคลาดเคลื่อนทางยาและ
การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับ
ยาเคมีบำบัด. ว. เกสัชกรรมไทย 2562; 11:
743-53.
- 19.วิมลลักษณ์ เรืองวัฒนาโชค, หนึ่งฤทัย สุกใส,
เชิดชัย สุนทรภาส. การประเมินผลการ
ดำเนินงานตามแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยง
สูงของแผนกผู้ป่วยใน: กรณีศึกษาโรงพยาบาล
ชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลาง. ว. เกสัชศาสตร์
อีสาน 2561; 14: 18-28.

บทความวิชาการ

กลยุทธ์การเจรจาต่อรองของผู้บริหารทางการแพทย์

ศิริณา กมนทลลภิกษา¹พิพัฒน์นันท์ ทาริ²ปรางค์ทิพย์ ทาประสงค์³วรัญฐา พรหมมา⁴วีรวรรณ กองรส⁵อารีย์วรรณ อ่วมตานี⁶

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการเจรจาต่อรองเป็นทักษะการจัดการที่สำคัญของผู้บริหารทางการแพทย์ที่ใช้ในการจัดการกับข้อขัดแย้งต่าง ๆ หรือผลประโยชน์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ของผู้รับบริการ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี ในยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งนโยบายระดับประเทศให้ความสำคัญกับการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข โดยคำนึงถึงการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่จากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อไม่ได้รับบริการที่ได้มาตรฐานหรือที่เป็นไปตามคาดหวัง จึงมักเกิดความขัดแย้งขึ้นในขณะให้บริการได้พบว่า เกิดความขัดแย้งที่มีความรุนแรงในระบบงานสุขภาพ รวมถึงเกิดเรื่องร้องเรียนและการฟ้องร้องเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จึงต้องมีทักษะและกลยุทธ์ในการเจรจาต่อรอง เพื่อการบริหารจัดการในองค์กรพยาบาลและการบริหารจัดการกับผู้รับบริการและญาติ

คำสำคัญ: การเจรจาต่อรอง/ กลยุทธ์การเจรจาต่อรอง/ ผู้บริหารทางการแพทย์

¹⁻⁵ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

⁶ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

Corresponding Author, E-mail: areewan.o@chula.ac.th

Review article

Negotiation Strategies of Nurse Administration

*Sirina Kamontalapisake*¹*Phiphatthananon Tharee*²*Prangthip Thaprasong*³*Warattha Promma*⁴*Weerawan Kongros*⁵*Areewan Oumtane*⁶**Abstract**

At present, negotiation is an important management skill used by nursing administrators in order to solve conflicts or unexpected benefits of patients. According to the rapid changes in the economy, society, and technology in the 21st century, National policies has been focused on the provision of health and public health services. Taking into account the promotion of health for the people. Furthermore, the government has been continued the development of the health and public health service system of insurance for people significantly. Many citizens comprehended the way to prevent their own health and perceived of the health-information through news and information technology rapidly. If the patients have been not provided to the aim or the expected nursing or medication services, it might be the cause of many conflicts and disagreement. Therefore, administrators require negotiation skills and strategies to reduce each side's frustration. In addition, nursing executives can use their internal negotiation skills in their daily management in the nursing organization and management with service recipients and relatives.

Keywords: negotiation/ negotiation strategies/ nurse administration

¹⁻⁵ Students, Master of Nursing Science Program Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330

⁶ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330
Corresponding Author, E-mail: Areewan.o@chula.ac.th

บทนำ

การเจรจาต่อรอง (negotiation) เป็นทักษะที่สำคัญสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์โดยเฉพาะ หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้วยการควบคุม อำนาจและดูแลให้ผู้ใต้บังคับบัญชา ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมถึงงานบริหารหอผู้ป่วยไปพร้อมกันด้วย¹ การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีความเกี่ยวข้องกับผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ สหสาขาวิชาชีพ รวมถึงผู้รับบริการ หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสามารถในการเจรจาต่อรองที่ดี ใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ ก็จะสามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์ ส่งผลให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและต่อการบริหารจัดการในองค์การพยาบาล² การพัฒนาทักษะการเจรจาต่อรองจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล รวมทั้งทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่มาติดต่อประสานงาน เป็นกระบวนการที่จะเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและความสามารถของบุคคล ตลอดจนทัศนคติที่ดีในการทำงาน เพื่อประสิทธิภาพที่ดีต่อการปฏิบัติงาน และควรได้รับการพัฒนาด้านการเจรจาต่อรอง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการเจรจาต่อรอง ซึ่งจะส่งผลให้มีบรรยากาศการทำงานที่ดี มีความพึงพอใจในงานและสร้างสัมพันธภาพที่ดีในบุคลากรทางการแพทย์และทีมงาน เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์และสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่วิชาชีพ และเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร

ความหมายของการเจรจาต่อรอง

การเจรจาต่อรอง มาจากคำภาษาอังกฤษว่า “Negotiation” ตามรากศัพท์ของภาษาสเปน มาจากคำว่า “Negocios” แปลว่า ธุรกิจ และในภาษาละติน จะหมายถึง การดำเนินธุรกิจ ดังนั้นเมื่อกล่าวถึงการเจรจาต่อรอง จึงมักกล่าวถึงการเจรจาทางธุรกิจหรือการต่อรองราคาและ

มีเรื่องของธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้อง³ ในระยะต่อมาได้มีการนำการเจรจาต่อรองมาใช้ในหลาย ๆ ศาสตร์ ความหมายของการเจรจาต่อรองจึงมีการปรับเปลี่ยนเป็นกระบวนการของบุคคลที่ต้องการแก้ปัญหาโดยสันติวิธี เพื่อให้เกิดการประนีประนอม พยายามหาข้อตกลงที่ยอมรับได้ของคู่สนทนาทั้งสองฝ่าย โดยมีการเสนอข้อแลกเปลี่ยนซึ่งนำผลประโยชน์มาให้ทั้งสองฝ่าย และรู้สึกดี เห็นพ้องกันทั้งสองฝ่าย^{4,5}

การเจรจาต่อรอง มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้ Aaron กล่าวว่า การเจรจาต่อรอง (negotiation) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้จัดการกับความแตกต่าง ข้อโต้แย้งเกี่ยวกับสัญญา แรงงาน เงื่อนไขการขายหรือสัญญาพันธมิตรอันซับซ้อนระหว่างบริษัท การแก้ปัญหาความขัดแย้งดังกล่าว โดยผ่านการเจรจาต่อรองซึ่งเป็นการหาข้อตกลงผ่านการสนทนา⁶ ส่วนจิรัฐ ขวนชม ให้ความหมายของการเจรจาต่อรอง หมายถึง การหาจุดกึ่งกลางของความพึงพอใจของบุคคลสองคนหรือกลุ่มในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งให้หมดไป เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งเอาไว้ทั้ง 2 ฝ่าย อีกทั้งเป็นกระบวนการในการหาข้อตกลงของคนทั้งสองฝ่าย เพื่อนำผลประโยชน์มาให้ทั้งสองฝ่าย (Win-Win)⁷ และสุคนธ์ มณีรัตน์ กล่าวถึงการเจรจาต่อรองว่า เป็นการเจรจาระหว่างบุคคลสองคนหรือมากกว่าที่ตกลงเจรจา เพื่อหาจุดในประเด็นของการที่ต้องตัดสินใจ ข้อขัดแย้ง หรือในประเด็นที่เป็นผลประโยชน์ที่ต่างฝ่ายก็มีผลประโยชน์เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ยอมรับกันได้ของคู่เจรจา⁸

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเจรจาต่อรอง เป็นกระบวนการเจรจารูปแบบหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีบุคคลร่วมเจรจาสองฝ่ายหรือมากกว่า และการเจรจานั้นจะต้องเป็นไปเพื่อหาข้อตกลงที่ยอมรับได้ มุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ บรรลุความต้องการของทุกฝ่าย (Win – Win situation)

รูปแบบในการเจรจาต่อรอง

จากการทบทวนวรรณกรรม มีนักวิชาการในสาขาต่าง ๆ ได้เสนอรูปแบบการเจรจาต่อรองไว้ตั้งแต่ 2 รูปแบบ^{6,8,9} และ 3 รูปแบบ^{10,11} ในขณะที่นักวิชาการบางคนแยกย่อยรายละเอียดของรูปแบบ

การเจรจาต่อรองเป็น 6 รูปแบบ¹² ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะขององค์การพยาบาลที่เป็นองค์การในระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ รวมทั้งบุคลากรทางการพยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ อีกทั้งรูปแบบการทำงานมีความเกี่ยวข้องกันกับสหสาขาวิชาชีพ ในบทความนี้จึงขอเสนอการเจรจาต่อรองเป็น 3 รูปแบบ¹⁰ ดังนี้

1. การเจรจาต่อรองแบบแข่งขัน (competitive negotiation) เป็นรูปแบบการเจรจาต่อรองที่มุ่งผลลัพธ์หรือผลประโยชน์ในสิ่งที่ตนเองต้องการให้ได้มากที่สุดและทำให้อีกฝ่ายได้รับประโยชน์น้อยที่สุด การเจรจาต่อรองรูปแบบนี้จึงเป็นการใช้กลยุทธ์และวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้สิ่งที่ตนต้องการ ทำให้เกิดความขัดแย้งและมีการโต้เถียง ต่างฝ่ายต่างโจมตีข้อเสนอของอีกฝ่ายหนึ่งและพยายามสร้างข้อได้เปรียบกับฝ่ายของตนเอง

2. การเจรจาต่อรองแบบร่วมมือหรือแบบบูรณาการ (integrative negotiation) เป็นการเจรจาที่มุ่งผลประโยชน์ของทั้งสองฝ่าย ดังนั้นผลสำเร็จของการเจรจาต่อรองไม่ได้อยู่ที่การเอาแพ้เอาชนะในการเจรจา แต่อยู่ที่การหาข้อยุติซึ่งทำให้ทั้งสองฝ่ายได้ประโยชน์ ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานต่อไป รูปแบบการเจรจาแบบนี้ อาจเรียกว่า ชนะ-ชนะทั้งสองฝ่าย (Win-Win situation)

3. การเจรจาต่อรองแบบสร้างความสัมพันธ์ (relationship negotiation) หรือเรียกอีกอย่างว่าการเจรจาแบบยอมให้ (yielding negotiation) เป็นการเจรจาต่อรองที่ทั้งสองฝ่ายคำนึงถึงมิตรภาพมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับหลังเจรจาจบลง เป้าหมายการเจรจาจะเน้นการรักษาสัมพันธภาพต่อกัน แม้ว่าการเจรจาต่อรองจะไม่ได้ประโยชน์สูงสุด แต่ได้ความสัมพันธ์ที่ดีกับคู่เจรจาซึ่งจะส่งผล

ให้การเจรจาต่อรองในครั้งต่อไปง่ายขึ้นและเกิดประโยชน์ร่วมกันได้มากขึ้น

กระบวนการเจรจาต่อรอง

Robbins เสนอกระบวนการเจรจาต่อรอง (negotiation process) ไว้ 5 ขั้นตอน¹³ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการและวางแผน (preparation and planning) ในขั้นตอนนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องศึกษาว่าอะไรคือประเด็นที่จะเจรจา มีความเป็นมาอย่างไร อะไรคือเป้าหมายของการเจรจา รวมถึงต้องประเมินให้ได้ว่า เป้าหมายของผู้รับบริการหรือคู่เจรจาคืออะไร หลังจากนั้นจึงกำหนดกลยุทธ์ (strategy) ของการเจรจา ระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการเจรจา ตั้งแต่ระดับที่หวังจะได้มากที่สุด (most hopeful) จนถึงระดับต่ำสุดที่สามารถรับได้ (minimally acceptable) หาข้อมูลสนับสนุนการเจรจาต่อรองทั้งข้อมูลตัวเลขและกรณีศึกษาต่าง ๆ เพื่อโน้มน้าวผู้รับบริการหรือคู่เจรจาให้ยอมรับเงื่อนไขหรือยอมรับข้อเสนอของตนเอง

2. ขั้นกำหนดกฎกติกาพื้นฐาน (definition of ground rules) ในขั้นตอนนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลเริ่มหารือกับผู้รับบริการหรือคู่เจรจาลงถึงกติกาพื้นฐาน และขั้นตอนที่เกี่ยวกับการเจรจาว่าจะดำเนินการอย่างไร ใครจะเป็นผู้เจรจาต่อรอง จะเจรจาที่ไหน ข้อจำกัดเรื่องเวลา มีหรือไม่ ถ้ามีจะทำอย่างไร จะจำกัดประเด็นที่เจรจาหรือไม่เพียงใด จะมีวิธีดำเนินการอย่างไร หากการเจรจาพบทางตัน ในขั้นตอนนี้ทั้งสองฝ่ายอาจแลกเปลี่ยนข้อเสนอหรือความต้องการของฝ่ายตนในเรื่องที่จะเจรจาต่อไป

3. ขั้นทำความเข้าใจและหาเหตุผลสนับสนุน (clarification and justification) ในขั้นตอนนี้ แต่ละฝ่ายหาเหตุผล เพื่อสนับสนุนจุดยืนเดิมของตน เป็นขั้นตอนที่ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถมอบเอกสารที่สนับสนุน

ข้อเสนอของตนให้ผู้รับบริการหรือคู่เจรจาพิจารณา เป็นโอกาสที่แต่ละฝ่ายจะได้เรียนรู้ข้อมูลของกันและกัน

4. ขั้นตอนต่อรองและแก้ปัญหา (bargaining and problem solving) ในขั้นตอนนี้แต่ละฝ่ายมีการหารือ ตีราคา หรือ แก้ปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ได้ผลประโยชน์ที่ลงตัวของแต่ละฝ่าย หากตกลงกันได้ การเจรจาต่อรองก็จะยุติ

5. ขั้นตอนการเจรจาและนำสู่การปฏิบัติ (closure and implementation) การได้ข้อตกลงอย่างเป็นทางการ ซึ่งจะต้องดำเนินการในรายละเอียดและจัดทำขั้นตอนสู่การปฏิบัติต่อไป ตัวอย่างของการเจรจาต่อรองที่พบบ่อย เช่น ข้อตกลงการขอลาหยุดพักผ่อนในช่วงเทศกาลของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงาน โดยมีการกำหนดจำนวนบุคลากรที่สามารถหยุดในเทศกาลนั้น ๆ ได้ ซึ่งต้องไม่มีผลกระทบกับการปฏิบัติงาน ข้อตกลงการสวมชุดที่ไม่ใช่ชุดพยาบาลในการปฏิบัติงานของหน่วยงานพิเศษต่าง ๆ ข้อตกลงการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่ปราศจากเชื้อหรือหอผู้ป่วยวิกฤตต่าง ๆ ที่ญาติมาพร้อม ๆ กันจำนวนมาก หรือ ข้อตกลงในการขอเผ่าใช้ของญาติผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด

กลยุทธ์ในการเจรจาต่อรอง

กลยุทธ์ในการเจรจาต่อรอง เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้การเจรจาต่อรองบรรลุเป้าหมาย และเป็นประโยชน์ต่อคู่เจรจา ทำให้ผู้บริหารทางการแพทย์มีการวิเคราะห์คู่เจรจา ทั้งจุดอ่อน จุดแข็ง มีการประเมินทางเลือกหรือสถานการณ์ และสิ่งแวดลอม ที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด แก่คู่เจรจาทั้งสองฝ่าย Aaron⁶ ได้เสนอกลยุทธ์ของการเจรจาต่อรองไว้ในหนังสือ Negotiating Outcomes ดังนี้

1. การเริ่มต้นด้วยน้ำเสียงและท่าทางที่เป็นบวก สิ่งนี้จะเป็นการแสดงให้เห็นถึงการเคารพในประสบการณ์และทักษะของอีกฝ่ายหนึ่ง ทำให้

มีท่าทางที่ดีเป็นมิตร ก่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างคู่เจรจา ทำให้เกิดการเปิดใจ และรับรู้ความกังวลของอีกฝ่าย

2. การทำความเข้าใจในประเด็นของการเจรจาต่อรอง ผู้บริหารทางการแพทย์มีการทบทวนถึงสาระสำคัญ หรือประเด็นที่จะต้องนำไปเจรจาต่อรองภายในทีมหรือภายในหน่วยงานก่อนการสนทนาร่วมกัน ทำให้ทุกคนยอมรับในประเด็นของการเจรจาต่อรอง ยกตัวอย่างเช่น อาจจะมีการปรึกษาหารือทำความเข้าใจเกี่ยวกับการขออัตรากำลังคนเพิ่มในหน่วยงาน (หอผู้ป่วย) ว่ามีความต้องการมากน้อยเพียงใดจึงจะเพียงพอต่อภาระงาน การทำข้อมูลจำนวนการบริการผู้รับบริการต่อวัน (หัตถการต่าง ๆ) อัตราการครองเตียง เป็นต้น

3. การสนทนาถึงความคาดหวังที่มีต่อกระบวนการ ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการพูดคุยหรือสนทนาในประเด็นที่คาดหวังต่อกระบวนการเจรจาในครั้งนี้ และควรตั้งใจฟังการสนทนาเกี่ยวกับกระบวนการเจรจา ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงรูปแบบการเจรจาต่อรองของผู้รับบริการหรือคู่เจรจา

4. การเสนอข้อมูลที่ต้องการ เป็นการอธิบายถึงสิ่งที่เราต้องการหรือสิ่งที่ผู้เจรจาคาดหวังออกมาก่อน ถือเป็นเจตนาที่ดี แต่ถ้าอีกฝ่ายไม่มีการตอบกลับมา ให้นำเสนอข้อมูลต่อไปอย่างรอบคอบ

5. การไม่เปิดเผยข้อมูลสำคัญหรือสถานการณ์ให้อีกฝ่ายรับทราบ ผู้บริหารทางการแพทย์ไม่ควรเปิดเผยผลประโยชน์ที่แท้จริงที่ต้องการได้จากการเจรจาต่อรอง หรือข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ทำให้อีกฝ่ายรับทราบ เพราะถ้าอีกฝ่ายรับทราบข้อมูลสำคัญอาจจะมีการเสนอทางเลือกอื่นที่ใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องการได้ เช่น การเจรจาต่อรองเพื่อเสนอขอซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้ในหน่วยงาน อาจจะถูกตัดทอนคุณสมบัติของเครื่องมือ หรือเปลี่ยนเป็นเครื่องมือตัวอื่นที่ใกล้เคียงเพื่อใช้แทนกันได้ รายละเอียด (specification) ที่ลดลง เป็นต้น

6. การเรียนรู้จากอีกฝ่ายหนึ่งให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการเก็บเกี่ยวข้อมูลของอีกฝ่ายว่าผลประโยชน์ที่แท้จริงคืออะไร ประเด็นสำคัญอะไรที่ทำให้อีกฝ่ายมาเจรจาต่อรองในครั้งนี้ เพื่อหาจุดแข็งจุดอ่อน ของอีกฝ่ายที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการเจรจาต่อรองต่อไป

7. การยื่นข้อเสนอที่เหมาะสมในการเจรจาต่อรองควรมีการเตรียมความพร้อมเสมอ โดยปกติข้อเสนอแรกสุดมักจะเป็นตัวกำหนดขอบเขตของการต่อรอง ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องระบุสิ่งที่ต้องการเจรจาอย่างสมเหตุสมผล และมีเหตุผลรองรับที่เพียงพอ และในข้อเสนอควรมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์

8. อย่าปล่อยให้เกิดการกำหนดขอบเขตการต่อรองที่ไม่เหมาะสม ผู้เจรจาต้องไม่ยอมให้มีการกำหนดขอบเขตที่ไม่เหมาะสม ถ้าคิดว่าเหตุผลไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ ผู้เจรจาควรใช้คำถามตรงไปที่ผลประโยชน์และแรงจูงใจของอีกฝ่ายทันที

9. การดำเนินการต่อรองด้วยความรอบคอบ ถ้าในการเจรจาต่อรองมีผลประโยชน์มาก ควรมีการเตรียมตัว เตรียมข้อมูลสนับสนุนมากพอ และดำเนินการต่อรองด้วยความรอบคอบ

10. การใช้เวลาเป็นเครื่องมือในการเจรจาต่อรอง ผู้เจรจาควรมีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนและให้แนบวันสิ้นสุดสำหรับข้อเสนอไปด้วย ไม่เช่นนั้นอีกฝ่ายจะชะลอการตัดสินใจในข้อเสนอ หรืออาจรอข้อเสนออื่นที่ดีกว่า

11. การยื่นข้อเสนอที่หลากหลาย การที่ผู้เจรจาเสนอทางเลือก หรือชุดทางเลือกให้คู่เจรจา จะทำให้อีกฝ่ายไม่รู้สึกลัวโดนยื่นคำขาด และอีกฝ่ายยังสามารถเปรียบเทียบข้อเสนอได้ เช่น การขอวันหยุดในช่วงลาพักผ่อนของพยาบาลปฏิบัติงาน ผู้เจรจา (หัวหน้าหอผู้ป่วย) ไม่สามารถให้ตามที่อีกฝ่ายขอได้ อาจมีทางเลือกอื่นให้พยาบาลหยุดในช่วงเทศกาลถัดไป

12. ความยุติธรรมและความชอบธรรม ผู้เจรจาต้องคำนึงถึงประเด็นนี้อย่างมากเพราะไม่มีใครชอบโดนเอาเปรียบ การที่ผู้เจรจายื่นข้อเสนอที่คิดว่ายุติธรรม แต่อีกฝ่ายไม่คิดเช่นนั้น จะทำให้การต่อรองล้มเหลวทันที ถ้าอีกฝ่ายรู้สึกว่าจะไม่ยุติธรรม ให้ถามว่า “อะไรทำให้คุณเชื่อว่าสิ่งที่เสนอมานั้นไม่ยุติธรรม” หลังจากนั้นจึงอธิบายว่าทำไมสิ่งนั้นจึงยุติธรรมสำหรับผู้เจรจา

13. การใช้บรรทัดฐานภายนอกและการประเมินที่มีเหตุผล ผู้เจรจาควรใช้ข้อเสนอหรือข้อมูลมีบรรทัดฐานเดียวกันกับภายนอกไปเจรจาต่อรอง เพื่อที่จะช่วยสนับสนุนเหตุผลในการเจรจาต่อรอง ไม่ใช่ข้อเสนอที่เกิดจากการกำหนดขึ้นมาเอง เช่น การเจรจาต่อรองเพื่อขออัตราค่าจ้าง ผู้บริหารต้องมีการอ้างอิงข้อมูลจากการคำนวณภาระงาน เป็นต้น

14. การปิดจบการเจรจาต่อรองเมื่อผู้เจรจาพึงพอใจในการเจรจาต่อรองแล้ว ผู้เจรจาควรส่งสัญญาณว่า พึงพอใจกับข้อตกลงให้อีกฝ่ายรับทราบ เพื่อทำการปิดการเจรจาต่อรอง และบันทึกข้อตกลงร่วมกัน

การประยุกต์ใช้กลยุทธ์การเจรจาต่อรองของผู้บริหารทางการแพทย์

เมื่อมีสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องเจรจาต่อรอง ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการใช้ขั้นตอนกระบวนการเจรจาต่อรองและกลยุทธ์ในการเจรจาต่อรอง (ภาพที่ 1) เพื่อให้การเจรจาต่อรองดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้ผลลัพธ์ของการเจรจาต่อรองบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้



ภาพที่ 1 การประยุกต์ใช้กลยุทธ์การเจรจาต่อรองของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามกระบวนการเจรจาต่อรองของ Robbins¹³

โดยการเจรจาต่อรองของผู้บริหารทางการพยาบาล ยกตัวอย่างในระดับของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีหน้าที่ทั้งการบริหารจัดการงานประจำ เช่น การของบประมาณปรับปรุงหอผู้ป่วย การขออัตรากำลังบุคลากร และการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย เช่น การพิจารณาความดีความชอบ การขัดแย้งระหว่างบุคลากร เป็นต้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการเจรจาต่อรองและกลยุทธ์การเจรจาอย่างเหมาะสม เพื่อให้การเจรจาต่อรองเป็นไปเพื่อประโยชน์ทั้งสองฝ่าย ดังกรณีตัวอย่างการเจรจาต่อรองของหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

กรณีตัวอย่างที่ 1 การเจรจาต่อรองขออัตรากำลังเพิ่ม

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานที่เพียงพอ เหมาะสมกับภาระงานเพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยต่อการบริการพยาบาล เมื่อพบว่าขาดแคลนอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน เช่น ภาระงานในหอผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น มีพยาบาลลาออกกะทันหัน

จนไม่สามารถบริหารอัตรากำลังได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการเจรจาต่อรองเพื่อขอพยาบาลเพิ่มหรือทดแทนกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โดยสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการเจรจาต่อรองและใช้กลยุทธ์ในการเจรจาต่อรอง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการและวางแผน

หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการเตรียมและรวบรวมข้อมูล โดยมีการกำหนดเป้าหมายของการเจรจา คือ การเจรจาต่อรองแบบแข่งขัน เพื่อให้ได้กำลังคนทดแทน และจะต้องเตรียมข้อมูลในเรื่องจำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลภาระงานปัจจุบันและภาระงานที่เพิ่ม ข้อมูลอัตรากำลังในปัจจุบัน จำนวนพยาบาลที่จะขอรับทดแทนการสูญเสียหรือตามภาระงาน รวมถึงข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จากการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด พบว่า ในหอผู้ป่วยมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอกับภาระงานที่ปฏิบัติจริง เพื่อสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของปัญหา การขาดแคลนอัตรากำลังคน ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย จึงขอเสนอแนะกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นเตรียมการและวางแผน ดังนี้

1.1 ทำความเข้าใจในประเด็นของการเจรจาต่อรอง ก่อนการเจรจาหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจในเรื่องที่จะไปเจรจากับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งในเรื่องการบริหารอัตรากำลัง ข้อมูลการคิดภาระงาน และเตรียมข้อมูลทั้งหมดให้พร้อมก่อนการเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

1.2 อย่าเปิดเผยข้อมูลสำคัญ หรือสถานการณ์ให้อีกฝ่ายรับทราบ ในการเจรจาต่อรองในบางเรื่อง หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทราบ เช่น แผนการเรียกคนสำรองภายในหอผู้ป่วย ซึ่งหากเปิดเผยอาจทำให้ไม่ได้รับการอนุมัติคนทดแทนได้

1.3 เรียนรู้จากอีกฝ่ายหนึ่งให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องศึกษาข้อมูลการบริหารอัตรากำลังในภาพรวมของฝ่ายการพยาบาล ปัญหาความขาดแคลนอัตรากำลังอยู่เดิม รวมทั้งศึกษาบุคลิกภาพส่วนบุคคลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อให้สามารถวางแผนรับมือและใช้กลยุทธ์ได้อย่างเหมาะสมเมื่อเข้าสู่ขั้นตอนของการเจรจา

1.4 ดำเนินการต่อรองด้วยความรอบคอบ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องวางแผนการเจรจาต่อรองอย่างรอบคอบ ไม่เร่งรีบในการเจรจาค่อย ๆ เสร็จเพื่อให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลคล้อยตามในเหตุผล และอนุมัติเพิ่มพยาบาลให้กับหน่วยงาน

1.5 ยื่นข้อเสนอที่หลากหลายหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องจัดเตรียมข้อมูลข้อสรุปของการเจรจาต่อรองที่ตนเองต้องการ ที่ประกอบไปด้วยแนวทางเลือกที่หลากหลาย เช่น แผนการขอเพิ่มเวรล่วงเวลา (OT) หากยังไม่ได้บุคลากรพยาบาลทดแทน หรือ แผนการขอย้ายหมุนเวียนพยาบาลจากหน่วยงานอื่นให้มาช่วยปฏิบัติเป็นการชั่วคราวระหว่างรอคนทดแทน

2. **ขั้นกำหนดกฎกติกาพื้นฐาน** หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการกำหนดหลักพื้นฐาน และขั้นตอนที่เกี่ยวกับการดำเนินการเจรจาต่อรอง โดยกำหนดผู้ที่จะทำการเจรจา กำหนดสถานที่ที่จะเจรจา ข้อจำกัดด้านเวลาเมื่อจะทำการเจรจารวมทั้งต้องพิจารณาข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องหรือประเด็นที่จะการเจรจาต่อรองด้วย ซึ่งมีกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นกำหนดกฎกติกาพื้นฐาน ดังนี้

2.1 อย่าปล่อยให้เกิดการกำหนดขอบเขตการต่อรองที่ไม่เหมาะสม หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้กำหนดขั้นตอนในการเจรจาให้เป็นไปอย่างเหมาะสม โดยขอนัดหมายเจรจากับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จัดเตรียมสถานที่ในการเจรจาที่ฝ่ายการพยาบาลหรือห้องประชุม แล้วทำการนัดหมายวันและเวลาตามที่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลสะดวก โดยไม่ติดภารกิจเร่งด่วนหรือติดประชุม

2.2 ใช้เวลาเป็นเครื่องมือในการเจรจาต่อรอง การนัดหมายเวลาในการเจรจานอกจากต้องพิจารณานัดหมายตามวันและเวลาที่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลสะดวกแล้ว หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องบริหารจัดการเวลาที่ใช้ในการเจรจาต่อรองให้เหมาะสม ไม่ยืดเยื้อยาวนาน เพราะอาจจะส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่าย เกิดความกดดัน การเจรจาต่อรองที่ยืดเยื้ออาจส่งผลเสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับได้

2.3 ยื่นข้อเสนอที่หลากหลายในการเจรจาต่อรองหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึงเป้าหมายซึ่งในการขออัตรากำลังทดแทนนี้อาจไม่ได้คนทดแทนในทันที เนื่องจากปัญหาความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่เดิม หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องมีข้อเสนอที่เป็นทางเลือกอื่น เช่น การขอพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนมาช่วยงาน หรือ การขอเวรล่วงเวลาเพิ่มเติม เป็นต้น

3. ขั้นทำความเข้าใจและหาเหตุผลสนับสนุน หัวหน้าหอผู้ป่วยควรขยายความทำความเข้าใจ หาเหตุผล เพื่อสนับสนุนจุดยืนเดิมของตน นอกจากการเผชิญหน้าแล้ว ขั้นตอนนี้สามารถมอบเอกสารที่สนับสนุน ข้อเสนอให้ฝ่ายการพยาบาลพิจารณาเพิ่มเติมกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นตอนนี้คือ การเสนอข้อมูล ยืนยันข้อเสนอที่เหมาะสมและหลากหลาย รวมทั้งใช้บรรทัดฐานภายนอกและการประเมินที่มีเหตุผล โดยการขอพยาบาลทดแทนคนที่ลาออก หัวหน้าหอผู้ป่วยควรใช้การเจรจาอย่างมีเหตุผล มีหลักฐานอ้างอิง เชื่อถือได้โดยเตรียมเอกสารนำมาเจรจาต่อรอง เช่น productivity ผลการคำนวณภาระงาน (FTE) ข้อมูลตารางเวร working hours และข้อมูลอัตราความเสี่ยงในหน่วยงาน มาแนะนำให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทราบเพื่อประกอบการตัดสินใจ ในระหว่างเจรจาต่อรอง

4. ขั้นตอนการและแก้ปัญหา ในขั้นตอนนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องพยายามดำเนินการแลกเปลี่ยนข้อมูล และเข้าสู่ขั้นตอนของการเจรจาต่อรองอย่างแท้จริง ภายใต้ความพยายามที่จะส่งผลให้บรรลุข้อตกลงการยินยอมของทั้ง 2 ฝ่าย โดยมีการใช้กลยุทธ์ในการเจรจา คือ เริ่มต้นด้วยน้ำเสียงและท่าทางที่เป็นบวก สนทนาถึงความคาดหวังที่มีต่อกระบวนการ ดำเนินการต่อรองด้วยความรอบคอบ ยืนยันข้อเสนอที่เหมาะสมและหลากหลาย รวมทั้งต้องคิดถึงความยุติธรรมและความชอบธรรมด้วย โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยควรพูดถึงประเด็นในทางบวก เช่น กรณีอัตรากำลังเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่ออัตรากำลังเพียงพอส่งผลให้อัตราการลาออกของพยาบาลลดลง พร้อมทั้งยืนยันข้อเสนอทางเลือกให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลพิจารณาเพิ่มเติม เช่น หากกรณีไม่ได้พยาบาลเพิ่มวางแผนจัดทำตารางขอรับการสนับสนุนพยาบาลจากแผนกอื่นๆ (float) ในวันที่อัตรากำลังไม่เพียงพอ หรือขออนุมัติจัดเวรตารางพยาบาล

ล่วงหน้า (OT) เพิ่มเติม หากยังไม่ได้บุคลากรพยาบาลทดแทน ซึ่งในการเจรจาต่อรองขั้นตอนนี้ข้อสรุปจะต้องเกิดความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือทีมผู้บริหารการพยาบาล

5. ขั้นตอนการเจรจาและนำสู่การปฏิบัติ หัวหน้าหอผู้ป่วยสรุปการเจรจาต่อรอง ทำข้อตกลงสรุปผลการเจรจาอย่างเป็นทางการ มีรายละเอียดขั้นตอนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และปิดการเจรจาต่อรองอย่างพึงพอใจทั้งสองฝ่าย ขั้นตอนนี้มีการใช้กลยุทธ์ในการเจรจา คือ ส่งสัญญาณให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทราบว่าพึงพอใจกับข้อตกลงที่ได้รับเพื่อจบการเจรจาต่อรอง หลังจากนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องจัดทำรายงานการประชุมข้อสรุปที่ได้จากการเจรจา นำเรียนผู้บริหารการพยาบาลทราบตามสายการบังคับบัญชา เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาบริหารอัตราากำลัง จัดสรรบุคลากรพยาบาลทดแทนต่อไป

กรณีตัวอย่างที่ 2 การเจรจาต่อรองไม่อนุมัติการลาศึกษาต่อของผู้ปฏิบัติงาน

พยาบาลในหน่วยงานภายใต้บังคับบัญชา สอบผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน และมีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อทั้งคู่ แต่ด้วยหน่วยงานเกิดปัญหาด้านอัตราากำลังสามารถพิจารณาอนุญาตให้ลาศึกษาต่อได้เพียงหนึ่งคน จึงเกิดข้อขัดข้องใจในผลการคัดเลือกพยาบาลเข้ารับการศึกษที่สามารถพิจารณาให้เข้ารับการศึกษได้เพียงหนึ่งคน ส่งผลให้พยาบาลที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเกิดความไม่พึงพอใจ และมีข้อสงสัยในผลการพิจารณา พยาบาลรายที่ไม่ได้คัดเลือกให้ลาเรียนจึงขอพบหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงใช้กระบวนการและกลยุทธ์ในการเจรจาต่อรอง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการและวางแผน

หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายของการเจรจา คือ การเจรจาต่อรองแบบ

ร่วมมือ เพื่อหาข้อยุติซึ่งทำให้ทั้งสองฝ่ายได้ประโยชน์ ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยควรเตรียมและรวบรวมข้อมูลในเรื่องรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือก ข้อมูลของพยาบาลที่เข้ารับการคัดเลือก ผลคะแนนการปฏิบัติงาน ระดับสมรรถนะทางการพยาบาล มีการใช้กลยุทธ์ในการเจรจาต่อรอง การทำความเข้าใจในประเด็นของการเจรจาต่อรอง เรียนรู้ ทำความรู้จักพยาบาลที่ไม่ได้รับการคัดเลือกให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพื่อประเมินความต้องการที่อีกฝ่ายต้องการ นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องดำเนินการต่อรองด้วยความรอบคอบ ไม่เร่งรีบในการเจรจา เพื่อให้พยาบาลที่ไม่ได้รับการคัดเลือกมีความเข้าใจยอมรับในเหตุผลและหลักเกณฑ์การพิจารณา ลดความไม่พึงพอใจในที่สุด

2. ขั้นตอนการกำหนดกฎกติกาพื้นฐาน

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการกำหนดหลักพื้นฐานและขั้นตอนที่เกี่ยวกับการดำเนินการเจรจาต่อรอง โดยกำหนดผู้ที่จะทำการเจรจา กำหนดสถานที่ที่จะเจรจา ข้อจำกัดด้านเวลาเมื่อจะทำการเจรจารวมทั้งต้องพิจารณาข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องหรือประเด็นที่จะเจรจาต่อรองด้วย ซึ่งจากกรณีดังกล่าว หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ที่เหมาะสมในการเจรจา ใช้เวลาในการเจรจาที่เหมาะสม ไม่เร่งรีบ เปิดโอกาสให้พยาบาลได้ซักถามในประเด็นข้อสงสัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลได้เจรจาต่อรองในสิ่งที่ต้องการร่วมด้วย เช่น ขอเป็นคิวลำดับแรกที่จะได้เข้ารับการศึกษานี้ไป ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามระเบียบที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้กำหนดไว้ ไม่ขัดต่อหลักเกณฑ์การพิจารณาพยาบาลเข้ารับการศึกษากำหนด จะเห็นได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการใช้กลยุทธ์ในการเจรจาต่อรอง คือ ไม่ปล่อยให้เกิดการกำหนดขอบเขตการต่อรองที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งยอมรับในข้อเสนอที่มีความหลากหลาย เพื่อให้เกิด

ความพอใจ และยุติการเจรจาที่เป็นประโยชน์ของทั้งสองฝ่าย

3. ขั้นทำความเข้าใจและหาเหตุผลสนับสนุน

หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องดำเนินการทำความเข้าใจ หาเหตุผล เพื่อสนับสนุนจุดยืนเดิมของตน กำหนดเป้าหมายว่าการเจรจาในครั้งนี้ คือ เพื่อให้พยาบาลยอมรับในผลการพิจารณาคัดเลือกด้วยความพอใจ หัวหน้าหอผู้ป่วยอาจใช้กลยุทธ์ในการเจรจาต่อรอง โดยการเสนอข้อมูลแสดงหลักฐานประกอบการพิจารณา เพื่อให้เกิดการยอมรับได้ เช่น ผลการประเมินการปฏิบัติงาน การประเมินระดับสมรรถนะ รวมทั้งข้อมูลอัตราค่าจ้าง ที่ส่งผลให้ไม่สามารถบริหารจัดการส่งเรียนได้พร้อมกันทั้งสองคนได้ รวมทั้งต้องแสดงถึงความยุติธรรมและความชอบธรรม ใช้หลักการประเมินที่มีเหตุผล

4. ขั้นตอนการต่อรองและแก้ปัญหา

หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องพยายามเจรจาต่อรอง เพื่อยุติปัญหาความไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้น โดยมีการใช้กลยุทธ์ในการเจรจา เริ่มต้นด้วยน้ำเสียงและท่าทางที่เป็นบวก สนทนาถึงความคาดหวังที่มีต่อกระบวนการ ดำเนินการต่อรองด้วยความรอบคอบ พร้อมยื่นข้อเสนอที่เหมาะสมและหลากหลาย โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยควรพูดถึงประเด็นในทางบวก เช่น การพิจารณาส่งเข้ารับการศึกษาคือเพียงคนเดียว ก็จะทำให้หน่วยงานมีอัตราค่าจ้างในการปฏิบัติงานได้อย่างเพียงพอ เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย พร้อมทั้งยื่นข้อเสนอ ที่พยาบาลต้องการ เช่น จัดคิวเป็นลำดับถัดไป โดยไม่ต้องผ่านการคัดเลือกอีกครั้ง หรือเปิดโอกาสให้เสนอความต้องการใหม่ โดยข้อสรุปจะต้องเกิดความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย

5. ขั้นตอนการเจรจาและนำสู่การปฏิบัติ

หัวหน้าหอผู้ป่วยสรุปการเจรจาต่อรอง ทำข้อตกลงสรุปผลการเจรจาอย่างเป็นทางการ มีรายละเอียดขั้นตอน และปิดการเจรจาต่อรองอย่างพึงพอใจทั้งสองฝ่าย เนื่องจากการเจรจา

ต่อรองกับผู้ได้บังคับบัญชา ให้เกิดการยอมรับ และลดข้อขัดแย้ง ลดความไม่พอใจ หัวหน้าหอผู้ป่วย อาจไม่ต้องจัดทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษร ที่ชัดเจน แต่เป็นข้อตกลงสัญญาที่จะดำเนินการ พิจารณาให้เข้าเรียนเป็นคิวกแรก หากมีการเปลี่ยนแปลง ไม่เป็นไปตามข้อตกลง ก็จะมีนัดหมายชี้แจง ให้พยาบาลทราบเป็นการส่วนตัว

จากกรณีตัวอย่างปัจจัยที่จะทำให้ผู้บริหาร ทางโรงพยาบาลเจรจาต่อรองประสบความสำเร็จ ได้นั้น นอกจากการใช้กลยุทธ์ในการต่อรอง แล้ว ต้องมีบุคลิกภาพที่ดี มีศิลปะในการพูด การเจรจา รู้จักบุคคลที่เจรจาด้วยเป็นอย่างดี ควรช่างสังเกต รู้จักฟัง เริ่มต้นเจรจาอย่างผ่อนคลาย มีเป้าหมายเปิดการเจรจาด้วยเชิงบวกต้องสร้าง บรรยากาศแห่งความร่วมมือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ในการเจรจาต่อรองนั้นหากมีหลายประเด็น ที่มีความซับซ้อน ควรวิเคราะห์ว่า จะเจรจา แบบรวมปัญหาหรือแยกปัญหาการเจรจา ควรเริ่มจากเรื่องที่ง่าย ๆ ก่อน สอบถาม ความต้องการของฝ่ายตรงข้าม บอกข้อขัดแย้ง แก้ไขในความแตกต่างที่จะรับกันได้ทุกฝ่าย ใช้หลักประนีประนอม ต้องระมัดระวังในการพูด ต้องให้เกียรติและรักษาหน้าของบุคคล ที่ร่วมเจรจาด้วย เป็นผู้ที่มีอารมณ์ที่มั่นคง รู้จักเอาใจ เขามาใส่ใจเรา การเจรจาต่อรองต้องมองหา ผลประโยชน์ที่แตกต่าง เมื่อได้ประโยชน์ที่ต้องการ ก็จะสามารถตกลงกันได้ ทั้งความคิดเรื่อง การเอาแพ้-ชนะ อย่างกลัวเสียหน้า ต้องรู้จัก การยอมให้ก่อน เพื่อที่จะรับในภายหลัง อย่าพูด มากเกินไปเพราะอาจจะทำให้คำพูดบางคำทำให้ การเจรจาล้มเหลวได้ อำนาจในการต่อรองเปลี่ยนไป เปลี่ยนมาได้เสมอ ผู้บริหารทางการแพทย์ควร วิเคราะห์แต่ละสถานการณ์ว่าอำนาจต่อรองอยู่ที่ใคร

บทสรุป

การเจรจาต่อรอง (negotiation) เป็นกระบวนการ สื่อสารรูปแบบหนึ่ง ที่มีวัตถุประสงค์ชัดเจน โดยมี บุคคลร่วมเจรจา 2 ฝ่าย และการเจรจานั้นจะต้อง เป็นไปเพื่อหาข้อตกลงที่ยอมรับได้มุ่งหวังให้ เกิดประโยชน์ บรรลุวัตถุประสงค์ของทุกฝ่าย (Win – Win situation) กล่าวได้ว่า การเจรจา ต่อรองเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับผู้บริหาร ทางโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่ออำนวยความสะดวก และการบริหารงานหน่วยงาน อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้บริหารทาง การพยาบาลทุกระดับ มีความเกี่ยวข้องกับ ผู้บริหารองค์กร บุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการ ซึ่งรูปแบบ การเจรจาต่อรองมีหลายรูปแบบ แต่รูปแบบ ที่ผู้บริหารทางการแพทย์ควรเลือกใช้คือ การเจรจาต่อรองแบบร่วมมือหรือบูรณาการ (integrative negotiation) ซึ่ง เป็น รู ป แบบ การเจรจาต่อรองที่มุ่งผลประโยชน์ของทั้งสองฝ่าย โดยผู้บริหารทางการแพทย์จะต้องมีการวางแผน การเจรจาต่อรองตามกระบวนการเจรจาต่อรอง ทั้ง 5 ขั้นตอน ของ Robbins¹³ ดังนี้ ขั้นตอนเตรียมการ และวางแผน ขั้นกำหนดกฎกติกาพื้นฐาน ขั้นทำความเข้าใจและหาเหตุผลสนับสนุน ขั้นต่อรองและแก้ปัญหา ขั้นจบการเจรจาและ นำสู่การปฏิบัติ นอกจากมีการวางแผนการเจรจา ต่อรองแล้ว เพื่อให้การเจรจาต่อรองบรรลุเป้าหมาย และเป็นประโยชน์ต่อคู่เจรจา ควรมีการนำกลยุทธ์ ในการเจรจาต่อรองทั้ง 14 กลยุทธ์ มาใช้ ประกอบการเจรจาต่อรองในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้ผู้ทำการเจรจามีการวิเคราะห์คู่เจรจา ทั้งจุดอ่อน จุดแข็ง มีการประเมินทางเลือกหรือ สถานการณ์และสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะทำ

เกิดประโยชน์สูงสุดแก่คู่เจรจาทั้งสองฝ่าย
อันจะส่งผลให้การเจรจาต่อรองประสบผลสำเร็จ
บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของทุกฝ่าย
(Win – Win situation)

เอกสารอ้างอิง

1. กรองจิตต์ เล็กสมบุรณ์สุข. องค์ประกอบของสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
2. นันทนา รุ่งสง. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการเจรจาต่อรองด้านการบริหารการพยาบาลสำหรับผู้บริหารหอผู้ป่วย. [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
3. วิชญา ปองคำ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: OfficeMate; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ofm.co.th/blog/เทคนิคเจรจาต่อรอง/>.
4. เรวดี ไวยวาสนา. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/cv3zN>
5. Mehnert, M. Negotiation: Definition and types, manager's issues in negotiation, cultural differences and the negotiation process. Germany: Urheberrechtlich geschütztes Material; 2008.
6. Aaron, M. C. Pocket mentor series negotiating outcome, Negotiating Outcomes. MA: Harvard Business Review; 2006.
7. จิรัฐ ชวนชม. การจัดการความขัดแย้งและการเจรจาต่อรองในองค์กร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
8. สุคนธ์ มณีรัตน์. การเจรจาต่อรองสำหรับครู. Veridian E – Journal, Silpakorn University. 2560; 10: 2463-2474.
9. กัลยารัตน์ ธีระชนชัยกุล. การจัดการการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น; 2562.
10. วิชัย โสสุวรรณจินดา. ครบเครื่องเรื่อง การเจรจาต่อรอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บัณฑิตอักษร; 2565.
11. วัลลภา วิชยะวงค์. การเจรจาต่อรองธุรกิจระหว่างประเทศ. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2561.
12. Tracy, B. Negotiation. The Brian Tracy Success Library. USA: Amacom; 2013.
13. Robbins, P.S. Organizational behavior. พิมพ์ครั้งที่ 14. รังสรรค์ ประเสริฐศรี, ผู้แปล. กรุงเทพฯ: เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่น อินโดไชน่า; 2001.

บทความวิชาการ

ภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุบริบทสังคมไทย : บทบาทพยาบาล

สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง¹ดวงรัตน์ กวีนันทชัย²อารียา เกียรติกิจ้องระบือ³

บทคัดย่อ

ภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุ (Empty Nest Syndrome: ENS) เป็นการตอบสนองความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ เมื่อบุตรคนสุดท้ายโตเป็นผู้ใหญ่ต้องจากบ้านไปอย่างถาวร ภาวะนี้หากปล่อยไว้นาน อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าวัฒนธรรมไทยให้ความสำคัญต่อครอบครัวและความกตัญญูต่อบุพการี แต่สภาพสังคมที่เปลี่ยนไปอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะร้างว่างเปล่าได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมาย สาเหตุ ปัจจัย และการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะร้างว่างเปล่าในบริบทสังคมไทย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญต้องอาศัยการประเมิน การสังเกต และส่งต่อสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักกิจกรรมบำบัดสามารถประเมินและการดูแลรักษาต่อไป ตลอดจนส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสม เช่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัครชุมชน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี มีร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะร้างว่างเปล่า/ ผู้สูงอายุ/ สังคมไทย/ บทบาทพยาบาล

¹อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Corresponding Author E-mail: surinrat.bau@nmu.ac.th

²อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพฯ 10160

Review article

The Empty Nest Syndrome among Older Adults in Thai Society: The Roles of Nurses

Surinrat Baurangthienthong¹

Duangrat Kaveenuntachai²

Areeya Kiatkongrabue³

Abstract

The empty nest syndrome (ENS) in older adults is a response to the anxiety of older adults when their last adult child has to leave the house permanently. If older adults are left with this feeling for a long time, ENS tends to cause depression and can affect their illness. Although Thai cultures are concerned about respecting families and expressing gratitude to parents, the transformations of society may affect older adults becoming ENS.

This article aimed to describe the meaning, causes, factors, and applications of nursing processes in older adults who had ENS in Thai society. In addition, the nursing processes played an essential role in ENS, which required assessment, observation, and distribution of the multidisciplinary in caring for older adults, such as psychiatrists, psychologists and occupational therapists investigating the mental health of older adults. Besides, promoting social support resources appropriately for older adults is necessary to promote a good quality of life with a strong body and mind.

Keywords: empty nest syndrome/ older adult/ thai society/ roles of nurse

¹Lecturer, Department of Medical & Surgical Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

Corresponding Author E-mail: surinrat.bau@nmu.ac.th

²Lecturer, Department of Medical & Surgical Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

³Registered Nurse, Professional Level Department of Nursing, Ratchaphiphat Hospital, Bangkok 10160

บทนำ

ในปี ค.ศ. 2021 ทั่วโลกมีประชากร 7,875 ล้านคน โดยเฉลี่ยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด โดยผู้นำโลก เช่น ประเทศจีน มีผู้สูงอายุมากที่สุด ถึง 258 ล้านคน ซึ่งมากกว่าประชากรทั้งหมดของประเทศไทยเกือบสี่เท่า¹ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.8 และอายุ 80 ปีขึ้นไป 1.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.1² ปัจจุบันโครงสร้างครัวเรือนที่เปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่รูปแบบการอยู่อาศัยที่มีความหลากหลายมากขึ้น แม้ว่าสังคมไทยยังคงยึดถือค่านิยมในเรื่องความกตัญญูตักเตือนและคาดหวังว่าบุตรจะต้องมีหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ยามชรา ทว่าเมื่อวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้คนไทยต้องการมีบุตรน้อยลง ผู้หญิงอยู่เป็นโสดมากขึ้น และปรากฏการณ์การย้ายถิ่นของลูกหลานในครัวเรือนเพื่อการทำงานมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีทางเลือกในการอยู่อาศัย จึงมีแนวโน้มการอยู่อาศัยเพียงลำพังและอยู่ร่วมกับบุตรในสัดส่วนที่ลดลง โดยพบว่า มีสัดส่วนครัวเรือนผู้สูงอายุที่สมาชิกในครัวเรือนอย่างน้อย 1 คนมีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเพิ่มสูงขึ้น³ นอกจากนี้เมื่อประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุหรือวัยหลังเกษียณ ผู้สูงอายุที่ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้อาจจะยังอาศัยอยู่ในรูปแบบเดิม เช่น อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส หรือย้ายไปอยู่ในชุมชน บางคนอาจมีการเตรียมการสำหรับที่อยู่อาศัยที่สะดวกและปลอดภัย เมื่อยามเจ็บป่วยหรือร่างกายอ่อนแอ มีการวางแผนอาศัยอยู่กับลูกหรือหลาน ในขณะที่ผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี อาจเลือกที่อยู่อาศัยเป็นที่พักพิงในบั้นปลายชีวิต เป็นบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชรา ขณะที่สังคมไทยคาดหวังว่าบุตรของผู้สูงอายุจะเป็นผู้ดูแลหลัก แต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนที่มีจำนวน

สมาชิกน้อยลง ทำให้ครัวเรือนไทยปัจจุบันมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมากขึ้น⁴

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว หรือองค์การสหประชาชาติใช้คำว่า อะโลน (alone) หมายถึงผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนโดยไม่มีคนวัยอื่นร่วมอยู่อาศัยด้วย⁵ จากข้อมูลการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล⁶ คาดว่าในปี 2583 จะมีครัวเรือนคนเดียว ประมาณร้อยละ 15 และผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 15 ในอีก 20 ปีข้างหน้า นับว่ามีความเปราะบางอย่างยิ่งต่อสวัสดิภาพทุกมิติของผู้สูงอายุ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว เนื่องจากไม่มีบุตรหลานการหย่าร้าง ไม่ได้แต่งงาน การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ รวมทั้งต้องการอยู่อย่างอิสระ โดยเฉพาะลักษณะของการอยู่อาศัยโดยไม่มีบุตรอยู่ด้วย ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน เช่น ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลง บทบาททางสังคม นำมาซึ่งกลุ่มอาการภาวะร้างว่างเปล่า⁷

ภาวะร้างว่างเปล่า (Empty Nest Syndrome: ENS) เป็นคำที่ใช้อธิบายการตอบสนองของผู้สูงอายุ ภาวะที่รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ว่างเปล่า ความวิตกกังวล หรือมีความรู้สึกสูญเสียอะไรบางอย่างในชีวิตไป อันมีสาเหตุมาจากการที่ลูกหลานของตัวเองเติบโตขึ้นและออกจากบ้านไปใช้ชีวิตของตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้าใจ เนื่องจากปรับตัวไม่ทันจากความคุ้นชินกับการอยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน ปฏิกริยาที่พบได้อาจรวมถึงภาวะเศร้า หดหู่ หงุดหงิด โกรธ ขุ่นเคือง รู้สึกผิด และอาจมีอาการทางกายร่วมด้วย พบได้ในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ ทำให้ต้องอยู่บ้านกันเพียงลำพัง^{8,9} จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่าประเทศไทยใน ปี 2564 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะร้างว่าง

เปล่าเพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 12.4⁶ สำหรับประเทศจีน คาดการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะร้างว่างเปล่า 118 ล้านคน¹⁰ สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 21.1 และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 12 ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ¹¹ นอกจากนี้ในหลายการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เปราะบาง เมื่อมีภาวะร้างว่างเปล่า ส่งผลต่อด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานลดลง และด้านจิตใจ เช่น รู้สึกหดหู่ และวิตกกังวล หากสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงออกไปได้ทันทั่วทั้งที่ อาจทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายของผู้สูงอายุอ่อนแอลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการบกพร่องทางสติปัญญา และโรคอัลไซเมอร์ตามมาได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว^{12,13}

ปัจจุบันพยาบาลยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะร้างว่างเปล่าและการประเมินไม่มากนัก เนื่องจากเป็นภาวะที่ซ่อนเร้นและมองไม่เห็นว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นปกติในผู้สูงอายุ แต่หากปล่อยไว้อาจส่งผลถึงปัญหาสุขภาพในระยะยาว ดังนั้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งองค์รวม ด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือฟื้นฟู โดยใช้รูปแบบการดูแลโดยชุมชนคงไว้ซึ่งศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างอิสระให้มีสุขภาพที่ดีตลอดจนความผาสุกในบั้นปลายชีวิตต่อไป ในบทความวิชาการนี้ จึงกล่าวถึงความหมาย อาการและอาการแสดง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการพยาบาลภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุบริบทสังคมไทย

ความหมายของภาวะร้างว่างเปล่า

กลุ่มอาการร้างว่างเปล่า เป็นคำที่ใช้ในทางจิตวิทยาในช่วงห้าทศวรรษที่ผ่านมา ใช้อธิบายการตอบสนองที่ปรับตัวไม่ได้ยาวนาน พบได้ในพ่อแม่เมื่อลูกย้ายออกจากบ้านและปล่อยให้พ่อแม่วัยกลางคน เข้าสู่ภาวะสูงอายุและอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง^{8,9}

อาการและอาการแสดง

ภาวะร้างว่างเปล่า อาจพบได้ในลักษณะกลุ่มอาการที่มีผลด้านลบระยะยาว หรือลักษณะอารมณ์ผสมที่เกิดจากความรู้สึกพราจากเมื่อได้รับการกระตุ้น¹⁴ แบ่งได้ดังนี้

1. อาการทางพฤติกรรม (behavioral symptoms) ได้แก่ อาการโศกเศร้า เสียใจ อาการเหล่านี้อาจสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าทางคลินิก เช่น สมาธิลดลง วิตกกังวลรุนแรง เป็นต้น
2. อาการทางร่างกาย (physical symptoms) ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน เหนื่อยอ่อนล้า การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป¹⁵
3. อาการทางอารมณ์ (emotional symptoms) ได้แก่ รู้สึกสูญเสียเป้าหมายในชีวิต หงุดหงิด ความเครียด คิดมาก วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว ว่างเปล่า ไร้ประโยชน์ ความรู้สึกปฏิเสธ ไม่มีจุดหมายในชีวิต รู้สึกผิด เป็นต้น

ปัจจัยการเกิดภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะร้างว่างเปล่า มีดังนี้

1. เพศ พบว่า ภาวะร้างว่างเปล่าพบในเพศหญิงถึงร้อยละ 48.83 มากกว่าเพศชายร้อยละ 47.50 อาจเนื่องมาจากความเป็นแม่ คือ ผู้ดูแลหลักของการดูแลบุตร นอกจากนี้เพศหญิงสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้มากกว่าเพศชาย ทำให้ผู้เป็นพ่อแสดงความทุกข์ทางอารมณ์ได้ยาก

กว่า อาการที่พบบ่อย เช่น เศร้า รู้สึกสูญเสีย บทบาท ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพ่อแม่ที่ได้รับมา¹⁶

2. สถานภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส โอกาสการเกิดภาวะร้างว่างเปล่านั้นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง เนื่องจากได้พูดคุยปรึกษาปัญหาได้ร่วมกันสำรวจและปรับตัวข้ามการเปลี่ยนแปลงของชีวิต รู้จักตนเอง และเติมเต็มซึ่งกันและกัน¹⁷

3. ความแตกต่างทางวัฒนธรรมในประเทศ ทางตะวันออก การอยู่ร่วมกันในครอบครัวขยาย การมีประเพณีที่เคร่งครัดเกี่ยวกับความเหนียวแน่นของคนหลายรุ่น จึงคาดว่าผู้สูงอายุอาจเผชิญความทุกข์ทางอารมณ์ กับภาวะร้างว่างเปล่านั้นมากกว่าประเทศตะวันตกที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งเป็นอิสระ¹⁸ โดยเฉพาะวัฒนธรรมไทยที่เน้นความสำคัญของครอบครัวที่ใกล้ชิดและการยึดถือคุณค่าของความกตัญญูทดแทน ค่านิยมต่อการเลี้ยงดูพ่อแม่หรือผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามประเทศไทย กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย ระบบเศรษฐกิจและค่าครองชีพที่สูง ทำให้เกิดภาระการดูแลเพิ่มขึ้น ลูกหลานต้องประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่เพียงลำพังมากขึ้นตามไปด้วย ถือว่าเป็นประเด็นท้าทาย เนื่องจากอัตราการเกิดของเด็กในประเทศไทยลดลง จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2561 พบว่า โครงสร้างของครัวเรือนที่ “ไร้บุตรหลาน” มีสัดส่วนที่สูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 นั้น มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37.4 ของครัวเรือนทั้งหมด¹⁹

4. ความเจ็บป่วยหรือการมีโรคร่วม ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียด ความไม่สุขสบาย และความเหงา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระลูกหลาน การเข้าร่วมทางสังคมลดลง นอกจากนี้การใช้ยายังส่งผลต่อคุณภาพ

การนอนหลับในผู้สูงอายุที่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะร้างว่างเปล่าได้¹⁵

5. แหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ประกอบด้วยครอบครัว ญาติทางสายเลือด และเพื่อน จึงมีเครือข่ายทางสังคมที่เล็กลงและมีคนพึ่งพาในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ อีกทั้งผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ผู้สูงอายุจะรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถลดความรู้สึกเหงา และการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากขาดแรงสนับสนุน ทำให้ผู้สูงอายุสนใจดูแลตนเองลดลง จากอารมณ์ที่เศร้า ขาดความมั่นคงสัมพันธ์กับด้านร่างกายและอารมณ์ในผู้สูงอายุได้²⁰

ผลกระทบภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดขึ้นช้า ๆ หรือเฉียบพลัน ล้วนส่งผลต่อผู้สูงอายุ หากไม่สามารถปรับตัวได้ ผลกระทบภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุ มีทั้งด้านบวกและลบ แบ่งได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านบวก หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ เช่น มีอิสระในการทำงานหรือเวลาเข้าสังคมมากขึ้น เป็นการยอมรับตนเองและตั้งเป้าหมายใหม่ในชีวิต เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

2. ผลกระทบด้านลบ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลต่อร่างกาย เช่น การมีกิจกรรมทางกายลดลง การไม่สามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้ลดลง เนื่องจากการหลั่งของฮอร์โมนความเครียด เป็นต้น ด้านจิตใจ ที่พบได้บ่อย คือความรู้สึกถึงการสูญเสีย ภาวะเครียดสะสม ภาวะซึมเศร้า หันไปแก้ปัญหาด้วยการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และเกิดความขัดแย้งในครอบครัว²¹

รูปแบบการจัดการภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ Go¹⁷ ทำการศึกษาถึงความหลากหลายของภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุ สามารถสรุปรูปแบบการจัดการภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การปรับ (adjustment) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากการเลี้ยงดูสู่ภาวะร้างว่างเปล่า ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อม ซึ่งอาจต้องใช้เวลา แต่สามารถช่วยลดความเครียดและก้าวผ่านการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้

รูปแบบที่ 2 การเผชิญปัญหา (coping) คำนึงว่าเป็นเรื่องปกติ เป็นช่วงเวลาที่จะได้เห็นลูกหลานเติบโตและประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสที่จะได้ทำในสิ่งที่ไม่ได้ทำ หาแหล่งสนับสนุนในการให้คำปรึกษามีการติดต่อสื่อสารโดยการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ไร้พรมแดน

รูปแบบที่ 3 การติดต่อสื่อสาร (keeping in touch) ด้วยการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยวลดลง

รูปแบบที่ 4 การเอาชนะความเหงา (conquering loneliness) ด้วยการเสริมสร้างความสัมพันธ์และสำรวจบทบาทใหม่ เช่น การใช้เวลาในการทำจิตอาสา เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน อุทิศตนเพื่อบุคคลอื่น เป็นต้น

ปฏิภิกิริยาการตอบสนองต่อภาวะร้างว่างเปล่าในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การยอมรับ และการปรับตัว แต่อย่างไรก็ตามการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนผ่านภาวะร้างว่างเปล่าได้

กระบวนการพยาบาลในการประยุกต์ใช้และจัดการภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุ

ภาวะร้างว่างเปล่าในผู้สูงอายุถือว่าเป็นภาวะซ้อนเร้น ต้องอาศัยการติดตาม รวบรวมปัญหา โดยพยาบาลสามารถใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวมโดยอาศัยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้²²

1. การประเมินทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อช่วยป้องกันโรค หรือชะลอการดำเนินของโรค ประกอบไปด้วย

1.1 การซักประวัติ เป็นการประเมินขั้นพื้นฐาน โดยรวบรวมข้อมูลที่สำคัญให้ครอบคลุมประวัติส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา กิจกรรมอาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ และโรคประจำตัว เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย จากการบันทึกประวัติสุขภาพหรือการตรวจประเมินอีกครั้ง ได้แก่ สัญญาณชีพ น้ำหนักและส่วนสูง ลักษณะผิวหนัง ภาวะโภชนาการ และสภาพทั่วไปของร่างกายเพื่อบันทึกข้อมูลประกอบในการประเมินภาวะสุขภาพ และผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.3 การใช้แบบประเมินและคัดกรองในผู้สูงอายุที่มีภาวะร้างว่างเปล่า ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-mental State Examination: MMSE) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS) เป็นต้น

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะรังว่างเปล่า ตามข้อวินิจฉัยของสมาคมวิชาการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ^{23,24} ได้ระบุข้อความวินิจฉัยทางการแพทย์ได้แก่

2.1 ด้านร่างกาย เช่น เกิดความไม่สมดุลของการรับประทานอาหาร การไม่รับประทานยา และบกพร่องการดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรื่องความจำและมีภาวะหลงลืม เป็นต้น

2.2 ด้านจิตใจ เช่น การมองตนเองด้านลบ รู้สึกผิด เศร้า การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เป็นต้น

2.3 ด้านสังคม เช่น บกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น

2.4 ด้านจิตวิญญาณ เช่น รู้สึกทุกข์ทรมานจิตใจ ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ พრაจากบุคคลอันเป็นที่รัก ขาดเป้าหมายในชีวิต ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง เป็นต้น

3. การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล จำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ

3.1 การพยาบาลด้านร่างกาย

3.1.1 ประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric syndrome) โดยใช้แบบประเมิน ADL, MMSE เป็นต้น

3.1.2 หากผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารในมือเดียวกันได้ แนะนำให้รับประทานอาหารครึ่งละน้อย และเพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ และดื่มน้ำอย่างน้อย 1,000-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ไม่ควรเร่งรีบในขณะรับประทานหรือดื่มน้ำ

3.1.3 กระตุ้นผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมทางกาย เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอดิเรก เป็นต้น

3.1.4 แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เหมาะกับการนอนหลับหรือพักผ่อน

3.2 การพยาบาลด้านจิตใจ ค้นหาสาเหตุและลดสาเหตุ ปัญหาที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนี้

3.2.1 การค้นหาภาวะด้านจิตใจ โดยการใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) แบบประเมินซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q, 9Q, 8Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นต้น

3.2.2 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ และชุมชนร่วมกับสังคม เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การทำจิตอาสาบำเพ็ญประโยชน์ เป็นต้น

3.2.3 ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะเมื่ออยู่คนเดียว เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ทำงานอดิเรก การใช้โทรศัพท์หรือคอมพิวเตอร์ในการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนหรือครอบครัว

3.2.4 ใช้เทคนิคการสนทนากับผู้สูงอายุ พยาบาลควรให้ความเคารพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การไหว้ การจดจำ เรียกชื่อได้ถูกต้อง น้ำเสียงที่ใช้สื่อสารควรนุ่มนวลเหมาะสมกับสถานการณ์ เป็นผู้ฟังที่ดีในการตั้งใจฟัง โดยให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการสื่อสาร ระวังการให้ข้อมูลที่มากเกินไป เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดด้านการจดจำ

3.2.5 การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น บริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลหรืออาสาสมัคร โดยการเยี่ยมบ้านนั้นมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมของผู้สูงอายุ และนำไปสู่การมีสัมพันธภาพ ระหว่างผู้สูงอายุและอาสาสมัคร แนะนำวิธีลดความเหงาขณะอยู่คนเดียว เช่น การใช้เครื่องมือสื่อสาร การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ทำให้ผู้สูงอายุเห็น

คุณค่าในตนเอง ถือเป็นการใช้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถช่วยสนับสนุนผู้สูงอายุได้

3.3 การพยาบาลด้านสังคม

3.3.1 ให้คำปรึกษาในการค้นหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ สร้างเครือข่ายสนับสนุนโดยอาศัยครอบครัว เพื่อนและคนในชุมชน ให้ความรู้และส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคม

3.3.2 การอำนวยความสะดวกในการใช้เครือข่ายทางสังคม และค้นหาแรงสนับสนุนของผู้สูงอายุ เช่น เพื่อนบ้าน บุคคลที่ไว้วางใจ เมื่อมีความทุกข์ใจสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉินได้

3.3.3 แนะนำให้ผู้สูงอายุได้ใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิต เบอร์โทรศัพท์ 1323, 1667 ที่ให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ

3.4 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

3.4.1 ประเมินความต้องการปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตวิญญาณตามศาสนาและความเชื่ออย่างเหมาะสม

3.4.2 ให้คำปรึกษาผู้ป่วยทันทีที่ต้องการเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าพยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งได้ในยามที่มีความทุกข์

3.4.3 แสดงความเอาใจใส่ความเอื้ออาทร และความสม่ำเสมอในการตรวจเยี่ยม อาจพูดคุยเรื่องศาสนา ความเชื่อของผู้สูงอายุ หรือสิ่งที่ผู้สูงอายุยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาความหมายของการเจ็บป่วยและการมีชีวิตอยู่สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น

4. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่

4.1 การประเมินผลด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ การขับถ่ายปกติ

การรับประทานอาหาร ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเดินและการทรงตัว เป็นต้น

4.2 การประเมินผลด้านจิตใจ เช่น มีความคิดทางบวกทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รับรู้เข้าใจ ศักยภาพความสามารถเป็นไปตามความเป็นจริง ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

4.3 การประเมินผลด้านสังคม เช่น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ไม่พึ่งพาบุคคลอื่นหรือคนในครอบครัว มีสัมพันธภาพกับสมาชิกคนอื่น ๆ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้

4.4 การประเมินผลด้านจิตวิญญาณ เช่น ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงความหมายของการชีวิต เป็นต้น

ตัวอย่าง โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อความโดดเดี่ยว และความผาสุกของผู้สูงอายุ ที่มีการบูรณาการให้ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกและสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้น²⁵ นอกจากนี้ มีการศึกษาผลของการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง โดยการดูแลผู้ป่วยเริ่มด้วยการค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินปัญหาเบื้องต้นทั้งด้านกายภาพและการใช้ยา และแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ประเมิน คือ คุณภาพชีวิต ปัญหาจากความร่วมมือในการใช้ยา และลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้²⁶

ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะร้งว่างเปล่าในชุมชนบริบทสังคมไทย

การดูแลที่บ้านในชุมชนส่วนใหญ่ในสังคมไทย จะเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ไปติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน หรือให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ

ให้แก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต²⁷ ได้กล่าวถึงแนวทางส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่

1. การเยี่ยมบ้าน (home visit) ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต อาศัยอยู่เพียงลำพัง และติดตามการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นการดูแลต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2. การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) เป็นการดูแลสุขภาพที่มีแบบแผนการดูแลให้บริการที่เป็นทางการ สม่ำเสมอ โดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล ชุมชน ที่ติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องติดตามดูแลเป็นระยะ ๆ อย่างใกล้ชิด เน้นครอบครัวเป็นหลักในการดูแลพยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะ ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วม และประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน

3. การบริการที่จัดในชุมชน เป็นศูนย์รับจัดส่งผู้ช่วยพยาบาล คนดูแลผู้สูงอายุ เป็นศูนย์รับจัดส่งผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีสถานดูแลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยใน ประเด็นนี้เหมาะกับผู้ป่วยระยะพักฟื้น และสถานพักฟื้นผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในแต่ละวัน ตามความสามารถของแต่ละบุคคล²⁸

บุคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลและให้การสนับสนุนโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมที่แตกต่าง โดยสังคมไทย ยังคงมีการช่วยเหลือดูแลทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้น

พยาบาลจึงมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภาวะรันทว่างเปล่า เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยน การให้คำปรึกษา ตลอดจนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความเดือดร้อน ถูกทารุณ หรือทอดทิ้ง ผ่านทางกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) โดยมียุทธศาสตร์ในการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เพื่รองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก มาตรการในการลดภาวะรันทว่างเปล่า คือการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการชราภาพ ตระหนักถึงคุณค่าศักดิ์ศรี และมีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ เช่น ธรรมนูญให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายู รักษาานิยมของสังคมในการดูแลรับผิดชอบของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน เช่น โครงการส่งเสริมผู้สูงอายุ สร้างจิตสอใส ร่างกายแข็งแรง ขององค์การบริหารส่วนตำบลบางตะเคียน จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เน้นการบริหารร่างกาย เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้รัฐบาลได้กำหนดให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุ เพื่อร่วมรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ลูกหลานได้รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเพณีที่ดีงาม ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ลดช่องว่างระหว่างวัย เป็นต้น³

ดังนั้น ภาครัฐควรมีนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ อันดับรองจากครอบครัว การเตรียมความพร้อมกับประชาชน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะรังว่างเปล่าในชุมชน

ผู้สูงอายุหญิง 83 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (pacemaker Implantation) ลืมรับประทานยาบางครั้ง สถานภาพหม้าย สามีเสียชีวิต มีบุตรจำนวน 3 คน การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ รายนี้

1. การประเมินทางการพยาบาล

สภาพที่อยู่อาศัย เข้าห้องพัก อาศัยอยู่ชั้น 4 กับบุตรสาว เป็นผู้ดูแลหลักรวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ส่วนลูกชายทั้งสองต่างมีครอบครัว เดิมผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากมีเจ็บป่วยเรื้อรัง มาโดยตลอด ทำได้เพียงงานบ้านเล็กน้อย

สวัสดิการที่ได้รับ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต และไม่มีปัญหาด้านการเงิน

การตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/65 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้วมือ 99 เปอร์เซ็นต์

ลักษณะทั่วไป รู้ตัว รู้เรื่องดี เดินได้ มีหลังค่อม (kyphosis) ต้องใช้ไม้เท้าแบบ 3 ขา น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 20 กิโลกรัมต่อเมตร² เส้นรอบเอว 80 เซนติเมตร

การประเมินตามหลัก geriatric syndrome

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 13 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้

2. การทรงตัว (TUG) และความเสียของการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) พบว่า เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

3. ประเมินภาวะโภชนาการ (MNA) เท่ากับ 17 คะแนน พบว่า เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

4. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) ผลปกติ

5. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

จากการซักประวัติ ผู้สูงอายุพูดว่า “เหงา ไม่รู้จะอยู่เพื่อใคร” เนื่องจาก 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลูกสาวย้ายไปอยู่หอพักของทางบริษัท ทำให้ตนต้องอยู่คนเดียว และรอลูกชายคนรองหาที่อยู่ให้ใหม่ ขณะพูดน้ำเสียงสั่นเครือ มีน้ำตาซึม เนื่องจากไม่อยากย้ายไปอยู่คนเดียว

2. การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล^{23,24}

ด้านร่างกาย

1. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารได้ลดลง

2. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากความสามารถในการทรงตัวลดลง

ด้านจิตใจ

1. เสี่ยงทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สิ้นหวัง

ด้านสังคม

1. ไม่สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่

ด้านจิตวิญญาณ

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง เนื่องจากพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก

3. กิจกรรมการพยาบาล

ด้านร่างกาย

1. ประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric syndrome)

2. ส่งเสริมโภชนาการ แนะนำให้รับประทานอาหารเช้าลดน้อยและเพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ ดื่มน้ำอย่างน้อย

1,600-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ไม่ควรเร่งรีบในขณะรับประทานหรือดื่มน้ำ

3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

4. เข้าเยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือในการจัดสิ่งแวดล้อมสะอาด สงบ เหมาะสมกับการพักผ่อน และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

5. ส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ ในปัญหาที่ประเินพบ เช่น ภาวะโภชนาการส่งปรึกษา นักโภชนบำบัด³¹

ด้านจิตใจ

1. การค้นหาปัญหาด้านจิตใจ

2. ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและชุมชนร่วมกับสังคม เช่น โครงการสูงวัย ใส่ใจสุขภาพ

3. การส่งต่อการดูแลประสานงานสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าร่วมประเมินสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนการดูแลในระยะยาว³²

ด้านสังคม

1. ค้นหาแรงสนับสนุนของผู้สูงอายุ เช่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข กรณีผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือฉุกเฉิน

2. ประเมินครอบครัว และผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ความช่วยเหลือให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ³³

ด้านจิตวิญญาณ

1. ประเมินความต้องการปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ เช่น การจัดกิจกรรม นั่งสมาธิ และสวดมนต์ เพื่อให้เกิดความสงบด้านจิตใจ

2. ให้ความเคารพ ส่งเสริมความมีคุณค่า เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์³⁴

สรุป

ภาวะรังว่างเปล่า กลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะบริบทสังคมไทยที่ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจ อันเนื่องมาจากการสูญเสียสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยเหตุนี้การเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโครงสร้างครอบครัวและกลไกการเผชิญปัญหาจึงเป็นเรื่องสำคัญรวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำปรึกษา และจัดสวัสดิการแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีความสุขในบั้นปลายชีวิต และเป็นผู้สูงอายุที่ยังคงแก่ประโยชน์แก่สังคมต่อไป ดังเช่นคำที่กล่าวว่า “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม”

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำความรู้สู่การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะรังว่างเปล่าในกลุ่มประชาชนทั่วไป ตั้งแต่วัยกลางคน เพื่อเป็นการสร้างองค์ความรู้ในการพยาบาลผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects 2019: highlights. United Nations; 2019.
2. Office of the National Economic and Social Development Council. Statistics on the elderly. [database on the Internet]. 2019 [cited 2022 December 5]. Available from <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=PageSocial>.
3. National Statistical Office. The statistics of the elderly in 2021. Division of Social Statistics. [database on the Internet]. 2022 [cited 2022 August 2] Available from https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1663828576-1747_1.pdf

4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2018. [database on the Internet]. 2018 [cited 2023 May 12]. Available form <https://thaitgri.org/?p=38670>
5. United Nations. World population prospects the 2017 revision. [database on the Internet]. 2017 [cited 2022 August 19]. Available form https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2017_keyfindings.pdf
6. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. The cracks in the foundations the vulnerability of the Thai family in the future. [database on the Internet]. 2021 [cited 2023 April 5]. Available form <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-44/>
7. Linton E, Gubhaju B, & Chan A. Home alone: older adults in Singapore. Centre for Ageing Research and Education. 2018 ; 4(-): 1-13.
8. Badiani F, De Sousa A. The empty nest syndrome: critical clinical considerations. Indian Journal of Mental Health. 2016; 3(2): 135-42.
9. Mitchell BA. Empty nest. [database on the Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 15]. Available from https://www.researchgate.net/publication/314924162_Empty_Nest
10. China State Council. The state council of china. [database on the Internet]. 2017 [cited 2022 May 10]. Available from http://www.gov.cn/zhengce/content/201703/06/content_5173930.htm.
11. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of The Thai Elderly 2021. [database on the Internet]. 2021 [cited 2023 May 15]. Available form <https://thaitgri.org/?p=40101>.
12. Sun Q, Wang Y, Lu N, Lyu S. Intergenerational support and depressive symptoms among older adults in rural China: the moderating roles of age, living alone, and chronic diseases. BMC geriatrics. 2022; 22(1): 83.
13. Park C, Mendoza AN. A scoping review of older empty nesters' mental health and its contributors. Mental Health Review Journal. 2022; 27(2): 199-211.
14. Crowley BJ, Hayslip BJ, Hobdy J. Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. Journal of Adult Development. 2003; 10(4): 237-48.
15. Piya MCJL, Birgid M. Empty-Nest Syndrome. Pondicherry Journal of Nursing. 2019; 7(3): 16-8.
16. Lowenthal MF, Chiriboga D. Transition to the empty nest: crisis, challenge, or relief? Archives of General Psychiatry. 1972; 26(1): 8-14.
17. Go, I. R. Diversity of empty nest response among spouses. International Journal of Research and Innovation in Social Science. 2021; 5(4): 630-8.
18. Randhawa M, Kaur J. Acknowledging empty nest syndrome: eastern and western perspective. Mind and Society. 2021; 10(03-04): 38-42.

19. National Statistical Office. Ministry of Digital Economy and Society. The Labor force survey whole kingdom quarter 2: April-June 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021.
20. Brahim N, Din NC, Ahmad M, et al. Relationships between social support and depression, and quality of life of the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pac Psychiatry* 2013; 5(Suppl1): 59–66.
21. Bougea A, Despoti A, Vasilopoulos E. Empty-nest-related psychosocial stress: conceptual issues, future directions in economic crisis. *Psychiatriki*. 2019; 30(4): 329-38.
22. Tabinta D. Depression: needing counseling based on thoughts and behaviors. Chiang Mai: Wanida Printing; 2015.
23. NANDA International. Nursing diagnosis definitions and classification 2015-2017. (3th ed.) Oxford: Wiley Blackwell; 2017.
24. Panthasi P. Nursing process & functional health pattern: application in clinical practice (27th ed.). Samut Prakan: Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University; 2020
25. Tingchum P, Changmai S, Toskulkao T. The effects of a social support program on the loneliness and well-being of older persons. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2022; 32(1): 182-94.
26. Patike A, Ploylearmsang C, Kanjanasilp J, Tongsir S. Effects of multidisciplinary home care on quality of life of home-bound and bed-bound elderly patients. *Thai journal of pharmacy practice*. 2019; 11(4): 860-8.
27. Department of Mental Health. Guidelines for psychological social care of the elderly to prevent mental health problems. [database on the Internet]. 2015 [cited 2023 May 12]. Available form <http://164.115.41.179/promote/sites/default/files/sites/default/files/sw/1.pdf>
28. Artsanthia J, Kampraw P. Modality of care for the older adults in community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(3): 123-7.
29. Ministry of public health. Smart Citizen. [database on the Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 23]. Available form <https://expert-center-spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/07/HPT2-5-Smart-Citizen.pdf>
30. Department of Older Persons. Action plan on the older adults, Phase 3 (Those B.E. 6 - 2580). [database on the Internet]. 2020 [cited 2023 May 10]. Available Form https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf

- 31.Kansri J, Tathong B, Yodthongde N, Pichaipaet R. Nurses' roles on caring of depressed older people with cognitive impairment. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2019; 25(1): 142-57.
- 32.Chaiwannawat T, Kitiyawan S. Nurse and the operation of community mental - health and psychiatry. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019; 33(2): 1-12.
- 33.Suntaphun P. Elderly depression: nursing role. UMT Poly Journal. 2021; 17(1): 501-12.
- 34.Phrapalad Khemaweero W, Pattanasing T, Khankaew T. Enhancement of elder people's spiritual well - being according to buddhism doctrines. Journal of MCU Peace Studies. 2017; 5(1): 78-88.

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง หลังการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวน (endovascular aneurysm repair; EVAR) ที่มี Type Ia Endoleak: กรณีศึกษา

กิตติญาภรณ์ พันวิไล¹ศิราพร ปิ่นวิหค²

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง เป็นโรคระบบหลอดเลือดที่พบได้บ่อยในสังคมเมือง ปัจจุบันนิยมนิยามรักษาด้วยการใส่หลอดเลือดเทียมชนิดหุ้มด้วยขดลวดผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบทั้งสองข้าง เข้าไปจนถึงหลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองแล้วปล่อยให้ขดลวดถ่างขยายในช่องท้องที่เรียกว่า endovascular aneurysm repair (EVAR) ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการรักษาคือ endoleak ซึ่งภาวะนี้แบ่งได้หลายชนิดแต่ละชนิดมีวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและบูรณาการบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพองหลังการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวนที่มี type Ia endoleak เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง/ การผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน/ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง/ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

¹ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

² อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300 Corresponding author, E-mail: siraporn@nmu.ac.th

Review article

Nursing care of patients with abdominal aortic aneurysm after endovascular aneurysm repair (EVAR) with Type Ia Endoleak: a case study

*Kittiyaphorn Panvilai*¹

*Siraporn Pinwihok*²

Abstract

Abdominal aortic aneurysm (AAA) is a vascular disease commonly observed in urban populations. Currently, the preferred treatment for AAA is endovascular aneurysm repair (EVAR), which involves the insertion of a stent graft through the femoral artery until it reaches the abdominal aorta, allowing for expansion. However, a common complication following this treatment is the occurrence of Endoleak condition that can be classified into various types, each requiring different treatment approaches. This article focuses on analyzing the challenges associated with this disease and explores the integration of nursing care in patients with AAA, particularly those who have undergone type Ia endoleak repair, to ensure patient safety and achieve favorable nursing outcomes.

Keywords: abdominal aortic aneurysm/ endovascular aneurysm repair (EVAR)/ advanced practice nurse/ nursing practice guideline

¹Lecturer, Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

²Lecturer, Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300 Corresponding author: E-mail: siraporn@nmu.ac.th

บทนำ

abdominal aortic aneurysm (AAA) คือ การโป่งพองเฉพาะจุดของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง (abdominal aorta) พบได้ร้อยละ 4-8 ในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี เพศชาย และมีประวัติสูบบุหรี่ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดคือ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตก (ruptured AAA; rAAA) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 50 และการรักษา AAA ด้วยการผ่าตัดถือเป็นหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัด^{1,2} ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยที่สำคัญคือการผ่าตัดรักษา AAA ในขนาดที่เหมาะสม โดย The Society for Vascular Surgery แนะนำให้ผ่าตัดเมื่อ AAA มีขนาดมากกว่า 5.5 เซนติเมตร หรือเมื่อมีการขยายขนาดเพิ่มขึ้นมากกว่า 5 มิลลิเมตรใน 6 เดือนหรือมากกว่า 10 มิลลิเมตร ใน 1 ปี^{1,3} การรักษาในระยะหลังนิยมรักษาด้วยวิธีการใส่หลอดเลือดเทียมชนิดหุ้มด้วยขดลวดผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบทั้งสองข้างเข้าไปจนถึงหลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองแล้วปล่อยให้ขดลวดถ่างขยายในช่องท้องที่เรียกว่า endovascular aneurysm repair (EVAR) ซึ่งมีข้อดีคือ ผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยเจ็บปวดไม่มากทำให้ฟื้นตัวเร็ว มีความปลอดภัยสูง มีภาวะแทรกซ้อนน้อยจึงช่วยลดอัตราการเสียชีวิต เมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (open aneurysm repair) อย่างไรก็ตามหลังการผ่าตัด EVAR ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง โดยภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด EVAR ที่พบได้บ่อยคือ ภาวะ endoleak⁴

endoleak คือการที่เลือดในระบบไหลเวียนเลือดยังสามารถเข้าไปในส่วนของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองได้ ซึ่งเกิดขึ้นหลังทำการรักษาด้วยการใส่หลอดเลือดเทียม โดยอุบัติการณ์การเกิด

endoleak พบได้ประมาณร้อยละ 10-20⁵ สามารถแบ่งออกเป็นชนิดต่าง ๆ ได้ 5 ชนิด ได้แก่

1. type I endoleak พบได้ร้อยละ 8.9⁶ จากการติดตามการรักษาด้วยการตรวจทางรังสีวินิจฉัยใน 30 วันแรกหลังการผ่าตัดพบได้ร้อยละ 3.5 และใน 12 เดือนหลังการผ่าตัดพบได้ร้อยละ 6.8 แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ⁷

1.1.1 type Ia endoleak คือ การมีเลือดไหลเข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองผ่านทางด้านบนของหลอดเลือดเทียม (proximal)

1.1.2 type Ib endoleak คือ การมีเลือดไหลเข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองผ่านทางด้านล่างของหลอดเลือดเทียม (distal)

2. type II endoleak คือ การมีเลือดไหลย้อนกลับผ่านทางหลอดเลือดแขนงของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องที่พบได้บ่อย ได้แก่ เส้นเลือดแดงที่เลี้ยงกระดูกสันหลัง (lumbar artery) และเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงลำไส้ (inferior mesenteric artery; IMA) แล้วเข้าสู่หลอดเลือดโป่งพอง พบได้ใน 6 เดือน หลังการผ่าตัด Type II endoleak พบได้ประมาณร้อยละ 6-20^{1,4}

3. type III endoleak คือ การมีเลือดไหลเข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองผ่านทางรูรั่วของหลอดเลือดเทียมหรือรอยต่อระหว่างหลอดเลือดเทียม type III endoleak พบได้ประมาณร้อยละ 1.4⁸

4. type IV endoleak คือ การมีเลือดไหลเข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองผ่านทางรูที่เล็กมากของหลอดเลือดเทียมพบมากในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งในปัจจุบันพบได้น้อยลง เนื่องจากกระบวนการผลิตหลอดเลือดเทียมดีขึ้น พบได้ภายใน 30 วันหลังผ่าตัด type IV endoleak พบได้ประมาณร้อยละ 0.4⁹

5. type V endoleak หรือ endotension คือ การมีเลือดไหลเข้าสู่หลอดเลือดใหญ่ในช่องท้อง โป่งพองที่มีการขยายตัวขึ้นแต่ไม่สามารถเห็นเลือดไหลเข้าไปในหลอดเลือดโป่งพองจากการตรวจด้วยรังสีวินิจฉัย พบได้ประมาณร้อยละ 6¹⁰

endoleak ที่พบได้บ่อยมากที่สุดคือ type II endoleak โดยร้อยละ 42 สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องทำการรักษา ร้อยละ 58 ของผู้ป่วยพบภาวะ endoleak มากกว่า 6 เดือน ซึ่งเรียกว่า persistent endoleak และร้อยละ 37 ของผู้ป่วยพบว่า หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยมีขนาดใหญ่ขึ้นมากกว่า 5 มิลลิเมตร เมื่อเทียบกับก่อนหน้านี้¹¹ Type I และ Type III endoleak จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนโดยวิธี endovascular เนื่องจากทำให้เพิ่มแรงดันในหลอดเลือดโป่งพองเสี่ยงต่อการเกิด rAAA^{3,12-13}

แม้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผ่าตัดมากขึ้น เช่น EVAR ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามหลังการรักษาด้วย EVAR ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น Endoleak ที่เกิดได้หลังการผ่าตัด 1 เดือน จนถึง 1 ปี¹³ แต่ละชนิดมีสาเหตุการเกิดที่แตกต่างกันไป การรักษาจึงมีความแตกต่างออกไปตามชนิดของ endoleak มีทั้งต้องผ่าตัดและไม่ผ่าตัด โดยทั่วไป endoleak มักไม่มีอาการ แต่ตรวจพบได้จากการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ได้แก่ CT หรือ duplex ultrasound เท่านั้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องเน้นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary approach) ในการเฝ้าระวังและติดตามป้องกันภาวะแทรกซ้อน (prevention strategies) และให้การรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม (management strategies) ตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ที่เป็นแนวทางปฏิบัติของทศวรรษโรค AAA ได้แก่ The Society for Vascular Surgery/ Society for Vascular Nursing มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายหลังได้รับการผ่าตัด EVAR ต้องได้รับคำแนะนำและเน้นย้ำให้มีความสำคัญในการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาและเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน endoleak และหากตรวจพบจะได้รับให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากขนาดของหลอดเลือดแดงโป่งพองที่ขยายขนาดขึ้นจากการมี endoleak จนถึงขั้นทำให้เกิด rAAA^{1,3}

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและบูรณาการบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพองหลังการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวนที่มี type Ia endoleak

ตัวอย่างกรณีศึกษา

อาการสำคัญที่มารักษาโรงพยาบาล

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงเอออร์ตา (computed tomography angiography (CTA) whole aorta) พบ type Ia endoleak

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดท้องแบบปวดแสบในท้องร่วมกับปวดเมื่อยบริเวณกล้ามเนื้อหน้าท้อง จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ ผลอัลตราซาวด์พบหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง จึงย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีความเชี่ยวชาญ

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มาตรวจ CTA whole aorta ผลตรวจพบหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องส่วนที่อยู่ใต้หลอดเลือดแดงของไตโป่งพองขนาด 5x4.9x5.8 เซนติเมตร

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด EVAR ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว หลังผ่าตัด 1 เดือน ติดตามการรักษาด้วย CTA whole aorta ผลตรวจพบ type Ia endoleak ผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน EVAR

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 79 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต่อมลูกหมากโต และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) รักษาสม่ำเสมอ ปฏิเสธแพ้ยา แพ้อาหาร และสารเคมีใด ๆ สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน 30 ปี เลิกสูบบุหรี่ 30 ปี ดื่มแอลกอฮอล์มา 30 ปี เลิกดื่มมา 20 ปี

การวินิจฉัยของแพทย์

abdominal aortic aneurysm with type Ia endoleak

การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ

Endovascular Aortic Aneurysm Repair; EVAR (extension cuff at proximal stent)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- hematology: RBC count 4.63×10^6 cells/cumm (ค่าปกติ $4-6 \times 10^6$ cells/cumm), Hb 15.1 g/dL (ค่าปกติ 13-16 g/dL), Hct 42.8% (ค่าปกติ 39-50%), Plt count 150×10^3 cells/cumm (ค่าปกติ $150-400 \times 10^3$ cells/cumm), WBC Count 6.1×10^3 cells/cumm (ค่าปกติ $4-10 \times 10^3$ cells/cumm), neutrophil 67.8% (ค่าปกติ 38-75%), lymphocyte 23.2% (ค่าปกติ 20-45%) PT 13.7 sec (ค่าปกติ 10.5-13.5 sec), aPTT 28.2 sec (ค่าปกติ 22-30 sec) และ INR 1.17

- chemistry: Na 138 mmol/L (ค่าปกติ 136-145 mmol/L), K 3.8 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L), Cl 104 mmol/L (ค่าปกติ

98-107 mmol/L), HCO_3^- 27 mmol/L (ค่าปกติ 21-32 mmol/L), BUN 19 mg/dL (ค่าปกติ 7-18 mg/dL), Cr 1.22 mg/dL (ค่าปกติ 0.67-1.17 mg/dL), eGFR 56 mL/min (ค่าปกติ 60-130 mL/min), AST 23 U/L (ค่าปกติ 15-37 U/L), ALT 22 U/L (ค่าปกติ 16-63 U/L), ALP 128 U/L (ค่าปกติ 46-116 U/L), albumin 3.7 g/dL (ค่าปกติ 3.4-5 g/dL), globulin 3.2 g/dL (ค่าปกติ 2.4-4.6 g/dL) total bilirubin 2.26 mg/dL (ค่าปกติ 0.20-1.00 mg/dL)

ผลตรวจทางรังสี

- CTA whole aorta: ผลตรวจพบ aneurysmal sac ที่หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องส่วนที่อยู่ใต้หลอดเลือดแดงของไตโป่งพอง ขนาด $4.8 \times 5.9 \times 6.4$ เซนติเมตร และพบ type Ia endoleak

- CXR: tubular heart shape, flat diaphragm, hyperinflation of both lung reticular infiltration both lungs, no cardiomegaly

- EKG 12 lead: normal sinus rhythm regular rate 82 bpm low voltage limb lead, no ST change

การตรวจร่างกายระบบสำคัญ

vital signs: BT 36°C , PR 82 bpm, RR 20 bpm, BP 114/74 mmHg, O_2 saturation 96% weight 64 kgs, height 165 cm. BMI 23.51 kg/m^2

GA: A Thai male, good consciousness, well co-operative, no dyspnea, no orthopnea

respiratory system: normal chest contour, equal chest movement & expansion, normal breath sound

cardiovascular System: S1, S2, normal rhythm, no murmur, rub, or gallop; no thrill or palpable murmurs on palpation, no JVD,

no displacement of PMI; no carotid or abdominal bruits; no enlargement of abdominal aorta. Carotid, radial, posterior tibialis, and pedal pulses 2+ symmetric, no edema

abdomen: flat shape, at umbilicus palpable pulsatile mass, normal active bowel sound, liver and spleen can't be palpated.

neurological: good consciousness, motor power grad 5 equally, normal gate and posture

extremities: no pitting edema Femoral pulse Rt. 2+ Lt. 2+ Popliteal pulse Rt. 2+ Lt. 2+ DTA pulse Rt. 2+ Lt. 2+ PTA pulse Rt. 2+ Lt. 2+

วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด EVAR จากการติดตามการรักษาด้วยการตรวจ CTA whole aorta หลังผ่าตัด EVAR 1 เดือน พบว่า AAA ขนาด 4.8x5.9x6.4 เซนติเมตร ซึ่งพบว่า ขนาดขยายเพิ่มขึ้นจากการผ่าตัด EVAR ซึ่งขนาดก่อนผ่าตัดเท่ากับ 5x4.9x5.8 เซนติเมตร และมี type la endoleak ผู้ป่วยไม่ปวดท้อง หรือปวดหลัง จึงได้วินิจฉัยว่า abdominal aortic aneurysm with type la endoleak

พยาธิสรีรวิทยาของ type la endoleak เกิดจากกายวิภาคของหลอดเลือดแดงไม่เหมาะสมจากผล CTA ก่อนการผ่าตัด EVAR ครั้งแรก พบว่า มีการคดงอของหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (tortuosity of abdominal aorta) และมีหลอดเลือดแดงแข็ง และมีการสะสมของหินปูน (atherosclerosis calcified) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การมี thrombus หรือ calcification อยู่เป็นจำนวนมากที่หลอดเลือดแดงเอออร์ตา หรือการปิดไม่สมบูรณ์

ของขอบด้านบนของหลอดเลือดเทียมที่อยู่ใต้บริเวณเส้นเลือดแดงที่เปลี่ยนไต^{3,14-15} เหล่านี้มีผลทำให้หลังผ่าตัดรักษาด้วย EVAR มีโอกาสเกิด type la endoleak และการมี tortuosity ของหลอดเลือดแดงเอออร์ตาส่วนอกสัมพันธ์กับการอัตราการเกิด endoleak ที่สูงขึ้น¹⁶ ระยะเวลาการเกิด type la endoleak พบได้ตั้งแต่ 1 เดือนถึง 1 ปี หลังการผ่าตัด EVAR³ ทำให้เลือดสามารถไหลเข้ามาในหลอดเลือดโป่งพองได้ ทำให้เพิ่มแรงดันในหลอดเลือด เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดโป่งพองแตก การรักษาจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไข (re-intervention) เพื่อป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การแตกของหลอดเลือดโป่งพอง³

การเตรียมผ่าตัด EVAR จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยที่เป็นโรค COPD และมีประวัติสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน มา 30 ปี จากการศึกษาคพบว่าผู้ป่วยโรค COPD พบ AAA ได้ร้อยละ 7-11 และผู้ป่วย COPD ที่สูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด rAAA¹⁷ และในระยะหลังผ่าตัดพบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นครั้งที่ 2 (re-intubation) สูงถึงร้อยละ 2.2 โดยมีปัจจัยเสี่ยงคือ ภาวะ poor function status¹⁸ จากประวัติใน 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยมีอาการกำเริบและเข้ารับการรักษาด้วยการให้ยาพ่นขยายหลอดลม ผู้ป่วยรายนี้จึงมีโอกาสดังกล่าวภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจหลังการผ่าตัดจึงต้องมีการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัด นอกจากนี้ ผล Cr 1.22 mg/dL และ eGFR 56 mL/min ซึ่งถือว่ามียอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง²¹ มีโอกาสเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy (CIN) หลังการได้รับสารทึบรังสี วินิจฉัยได้จากการเพิ่มขึ้นของค่า Cr 0.5 mg/dL ใน 48-72 ชั่วโมงหลังได้รับสารทึบรังสี²² ถือภาวะ

สำคัญที่ต้องได้รับการจัดการและเฝ้าระวังในผู้ป่วยรายนี้

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย AAA ที่มี type Ia endoleak ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด EVAR (re-intervention)

ผู้ป่วย AAA ที่มี type Ia endoleak จำเป็นต้อง ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนโดยวิธี Endovascular เนื่องจากทำให้เพิ่มแรงดันในหลอดเลือดโป่งพองเสี่ยงต่อการเกิด rAAA^{3,12-13} ซึ่งพบว่า rAAA มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 50¹ ซึ่งถือเป็นภาวะอันตรายและมีโอกาสเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการรักษา พยาบาลต้องประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) ในการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเพิ่มค่าใช้จ่ายมากขึ้น¹⁹ จากการประยุกต์แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของ The Society for Vascular Surgery และ Society for Vascular Nursing สามารถแบ่งบทบาทตามระยะการดูแลผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด ดังนี้

การพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรค COPD มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือด¹ จึงต้องได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดอย่างครอบคลุมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ปัญหาสุขภาพในระยะก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยรายนี้มีดังนี้

จากผล CTA whole aorta ของผู้ป่วยพบหลอดเลือดแดงในช่องท้องส่วนที่อยู่ใต้หลอดเลือดแดง

ของไตโป่งพอง ขนาด 4.8x5.9x6.4 เซนติเมตร และพบ type Ia endoleak ผลการตรวจดังกล่าวพบโอกาสเกิดการปริแตกร้อยละ 10.2²⁰ ร่วมกับผู้ป่วยมีโรคร่วม COPD มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด rAAA โดยพบว่า ความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นทุก 10 mmHg จะทำให้ AAA ขยายขนาด 0.02 เซนติเมตร/ปี ส่งผลให้เกิดแรงมากระทำบริเวณพื้นผิวด้านในของผนังหลอดเลือดแดง เพิ่มโอกาสในการปริแตกของหลอดเลือดมากขึ้น^{17,23} ผู้ป่วยจึงควรได้รับการยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง บทบาทสำคัญของการพยาบาลในระยะนี้คือ (direct care) การประเมินและเฝ้าระวัง สังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะหลอดเลือดแดงในช่องท้องแตกได้แก่ การปวดท้อง ปวดหลังอย่างรุนแรง ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลจึงควรติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เป้าหมายคือเพื่อเฝ้าระวังภาวะหลอดเลือดแดงในช่องท้องแตกและควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 mmHg²⁴

จากการที่ผู้ป่วยเป็นโรค COPD จึงต้องให้การพยาบาลโดยสังเกตลักษณะการหายใจและอาการหอบเหนื่อย ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง ดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยฝึกควบคุมการหายใจแบบเป่าปาก (pursed lip breathing) กับการฝึกบริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม (abdominal deep breathing) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและลดการตีบของหลอดลม โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าอย่างช้า ๆ แล้วค่อยหายใจออกจนสุดประมาณ 2-3 ครั้ง หรือมีอัตราการหายใจช้าลง จากนั้นให้ผู้ป่วยวางมือบริเวณหน้าท้อง สูดหายใจเข้าอย่างช้า ๆ ลึก ๆ ให้หน้าท้องโป่งออกและให้ผู้ป่วยหายใจออกโดยเป่าลมออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับแขม่วหน้าท้องลงให้แฟบ และนำให้ผู้ป่วย

ทำประมาณ 5-10 ครั้งต่อรอบ วันละ 3 รอบ²⁵ พบว่า หลังจากการสอนและสาธิตให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ พบว่า ผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหนื่อยหอบ สามารถนอนราบได้หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 96% ผู้ป่วยสามารถฝึกการหายใจแบบเป่าปากได้วันละ 30 ครั้ง นอกจากนี้ ยังต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากอายุรศาสตร์แพทย์โรคทางเดินหายใจ เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและวางแผนการดูแลหลังการผ่าตัด

จากการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล ซึ่งอาจทำให้เกิดปฏิกิริยากับร่างกายโดยมีการหลั่งสาร adrenaline มากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น²⁶ การเป็นที่ปรึกษา (consultant) และให้ข้อมูลเรื่องคำรักษากับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงแนวทางการช่วยเหลือกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายคำรักษาได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดน้อยลง และควรให้การพยาบาลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต นอกจากนี้พยาบาลควรให้ความรู้ (educator) กับผู้ป่วยและญาติในการเลือกรับประทานอาหารลดเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เลือกรับประทานโปรตีนจากเนื้อปลา พักผ่อนให้เพียงพอ ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารโซเดียมน้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน แนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้สด ถั่ว เนื่องจาก การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารที่มีปริมาณสูงจะช่วยลดความดันโลหิตได้ จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาลดความดันโลหิต จะทำให้การรักษาร่วมกับยามีประสิทธิภาพมากขึ้น²⁷

การพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวจากการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดตาม

The American society of anesthesiologist ได้ ASA class 3 จากการมีประวัติ COPD และ hypertension จึงต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทางเดินหายใจและระบบหลอดเลือดและหัวใจ รวมถึงการทำงานของไต²⁸ ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดตามแนวทางของ The Society for Vascular Surgery³ ใช้เวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง 55 นาที ได้รับสารทึบรังสีเป็น ultravist 40 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดผู้ป่วยย้ายไปที่หออภิบาลศัลยกรรม หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจและย้ายกลับหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวังและจัดการดังนี้

1. การเกิดปอดอักเสบ (pneumonia) พบได้ร้อยละ 3.8³ หลังการผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยมีโรค COPD และได้รับการระงับความรู้สึกแบบ GA จึงต้องเฝ้าระวังการหายใจหอบเหนื่อย และภาวะพร่องออกซิเจน นอกจากนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจ pursed lip breathing และ abdominal deep breathing²⁷ ดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่อง หลังจากนั้น พบว่า ผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิด pneumonia แต่ยังคงดูแลให้ผู้ป่วยฝึกหายใจและดูแลให้ได้รับยา bronchodilators/ adrenoceptor agonist อย่างต่อเนื่อง

2. ภาวะแทรกซ้อนบริเวณแผลผ่าตัด (Incisional/access site care) ผู้ป่วยใช้เวลาในการผ่าตัด 130 นาที ซึ่งพบว่า มีโอกาสเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด EVAR ร้อยละ 10³ แผลผ่าตัดอยู่ที่ขาหนีบ ทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึมหรือก้อนบวมรอบ ๆ ทำความสะอาดแผลหลังผ่าตัดวันที่ 2 พบว่าแผลแห้งไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด แต่ยังคงมีไข้ T 38 °C จึงจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะและติดตามเรื่องไข้ต่อ หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่มีไข้จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด EVAR^{1,3} ได้แก่ acute limb thrombosis, endoleak, bowel ischemia, spinal cord ischemia, stroke, acute kidney injury, cardiopulmonary complications จึงต้องเฝ้าระวังการโดยการประเมิน 6P และเฝ้าระวังและให้การพยาบาลตาม CNPG ผู้ป่วย AAA^{1,29} ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

4. ภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury) เนื่องจากขณะผ่าตัดผู้ป่วยได้รับสารทึบรังสี ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้ จึงต้องเฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำ ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกปัสสาวะ (urine out put) ทุก 1 ชั่วโมง โดยต้องมีปริมาณมากกว่า 0.5 ml/kg/hr. ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากนั้นบันทึกทุกเวร ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Cr และ eGFR ในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน ปัสสาวะออก 1,400-2,200 ml/day ผล BUN 12 mg/dL, Cr 0.95 mg/dL และ eGFR 76 ml/min.

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการ re-intervention จากการมี type Ia endoleak ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีการเตรียมพร้อมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน บทบาทพยาบาลที่สำคัญคือ การประสานงานกับแพทย์เพื่อวางแผนจำหน่าย เตรียมญาติและผู้ป่วย เรื่อง การดูแลแผลผ่าตัด และสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 6P อาการปวดท้อง ปวดหลัง คลำได้ก้อนเด่นได้ที่หน้าท้อง การมาตรวจตามนัด โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา ชี้แนะให้การสนับสนุน³⁰

สรุปและอภิปราย

ผู้ป่วยที่มี type Ia endoleak ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด EVAR เพื่อป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ rAAA ซึ่งทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น แม้การผ่าตัด EVAR จะมีความปลอดภัยแต่ก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อความปลอดภัยและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน บทบาทพยาบาลจึงต้องเริ่มจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (collaboration) นำหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base practice) มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล และชี้แนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยตลอดการรักษาจนกระทั่งจำหน่าย (coaching and guidance) เป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลวิชาชีพ (consultant) เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้ความรู้ (educator) และเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) และสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับผู้ป่วยและญาติ พึงทักสิทธิ์ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นประโยชน์สูงสุด (ethical reasoning and ethical decision making) มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม (case management) จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี (clinical outcome) คือหลังผ่าตัด EVAR (re-intervention) ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 7 วัน

เอกสารอ้างอิง

1. Kohlman-Trigoboff D, Rich K, Foley A, AGACNP, Fitzgerald K, Arizmendi D, et al. Society for Vascular Nursing endovascular repair of abdominal aortic aneurysm updated nursing clinical practice guideline. Journal of Vascular Surgery. 2020; 38(2): 36-65.

2. Shaw SE, Preece R, Stenson KM, De Bruin JL, Loftus IM, Holt PJE, et al. Short Stay EVAR is Safe and Cost Effective. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2019; 57(3): 368-73.
3. Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, M. WAL, Ashraf Mansour TM, et al. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Surgery*. 2018; 67: 2-27.
4. Thamtorawat S. Type II Endoleak: Natural History, Management and Outcome. In: Chinsakchai K, Kritayakirana K, Pootrakul P, editor. *Applied Vascular Surgery* Volume 4. Bangkok, Thailand: Bangkok Medical Publisher; 2017.p.135-49. (in Thai)
5. Orgera G, Tipaldi MA, Laurino F, Lucatelli P, Rebonato A, Paraskevopoulos I, et al. Techniques and future perspectives for the prevention and treatment of endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *Insights into Imaging*. 2019; 10(1): 91.
6. Maldonado TS, Rosen RJ, Rockman CB, Adelman MA, Bajakian D, Jacobowitz GR, et al. Initial successful management of type I endoleak after endovascular aortic aneurysm repair with n-butyl cyanoacrylate adhesive. *Journal of Vascular Surgery*. 2003; 38(4): 664-70.
7. Cannavale A, Lucatelli P, Corona M, Nardis P, Basilico F, De Rubeis G, et al. Evolving concepts and management of endoleaks after endovascular aneurysm repair: where do we stand in 2019? *Clinical Radiology*. 2020; 75(3): 169-78.
8. Shao J, Zhang X, Chen Y, Zheng Y, Liu B. Endovascular repair of late type IIIb endoleak after endovascular aneurysm repair: a case report. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2019; 19(1): 183.
9. Wachal K, Szmyt K, Oszkini G. Diagnosis and treatment of a patient with type IV endoleak as a late complication after endovascular aneurysm repair. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2014; 9(4): 667-70.
10. Lal BK, Zhou W, Li Z, Kyriakides T, Matsumura J, A F, et al. Predictors and outcomes of endoleaks in the Veterans Affairs Open Versus Endovascular Repair (OVER) Trial of Abdominal Aortic Aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2015; 62(6): 1394-404.
11. Cieri E, De Rango P, Isernia G, Simonte G, Ciucci A, Parlani G, et al. Type II endoleak is an enigmatic and unpredictable marker of worse outcome after endovascular aneurysm repair. *J Vasc Surg*. 2014; 59 (4): 930-7.
12. Chaer RA. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm; 2021. <https://www.uptodate.com/contents/endovascular-repair-of-abdominal-aortic-aneurysm>. Accessed April 22, 2020.

- 13.Cao P, De Rango P, Verzini F, Parlani G. Endoleak after endovascular aortic repair: classification, diagnosis and management following endovascular thoracic and abdominal aortic repair. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2010; 51(1): 53-69.
- 14.Chen J, Stavropoulos SW. Management of Endoleaks. *Semin Intervent Radiol*. 2015; 32(3): 259-64.
- 15.Shen A, Ologun GO, Keller H, Sampson L. Natural History Of an Untreated Type 1 Endoleak: A Case Report. *Cureus*. 2017; 9(7): e1507-e.
- 16.Chen C-K, Liang IP, Chang H-T, Chen W-Y, Chen IM, Wu M-H, et al. Impact on outcomes by measuring tortuosity with reporting standards for thoracic endovascular aortic repair. *Journal of Vascular Surgery*. 2014; 60(4): 937-44.
- 17.Brown LC, Powell JT. Risk factors for aneurysm rupture in patients kept under ultrasound surveillance. UK Small Aneurysm Trial Participants. *Ann Surg*. 1999; 230: 289-96.
- 18.Arwon S. Asymptomatic Abdominal Aortic Aneurysm. In: Chinsakchai K, Kritayakirana K, Ruansetakit C, Mutirangura P, editor. *Applied Vascular Surgery Volume 4*. Bangkok, Thailand: Bangkok Medical Publisher; 2017.p.227-235. (in Thai)
- 19.Gupta AK, Alshaikh HN, Dakour-Aridi H, King RW, Brothers TE, Malas MB. Real-world cost analysis of endovascular repair versus open repair in patients with nonruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg*. 2020; 71(2): 432-43.e4.
- 20.Jeamanukoolkit P, Tuntivararut P. UPDATE IN ENDOVASCULAR ANEURYSM REPAIR (EVAR). *JOPN [Internet]*. 2019 Jun. 27 [cited 2021 May 23]; 11(1): 243-52. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/police_nurse/article/view/165790
- 21.Fraser SD, Blakeman T. Chronic kidney disease: identification and management in primary care. *Pragmat Obs Res*. 2016; 7: 21-32.
- 22.Rudnick MR, Kesselheim A, Goldfarb S. Contrast-induced nephropathy: how it develops, how to prevent it. *Cleve Clin J Med*. 2006; 73: 75-80.
- 23.Bhak RH, Wininger M, Johnson GR, Lederle FA, Messina LM, Ballard DJ, et al. Factors Associated With Small Abdominal Aortic Aneurysm Expansion Rate. *JAMA Surgery*. 2015; 150(1): 44-50.
- 24.Whelton Paul K, Carey Robert M, Aronow Wilbert S, Casey Donald E, Collins Karen J, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018; 71(19): e127-e248.

- 25.Khan A, Dickens AP, Adab P, Jordan RE. Self-management behaviour and support among primary care COPD patients: cross-sectional analysis of data from the Birmingham Chronic Obstructive Pulmonary Disease Cohort. NPJ Prim Care Respir Med. 2017; 27(1): 46.
- 26.Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (D.H.S.S., MoPH). The behavioral modification of stress management for workers. 2015. (cited 2020 Dec 20). Available from: <https://www.hed.go.th>.
- 27.Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European Heart Journal. 2018; 39(33): 3021-104.
- 28.American Society of Anaesthesiologists. ASA Physical Status Classification System Committee of Oversight: Economics. 2020: 1-4.
- 29.Panvilai K, Uthaiikul O, Yodkolkij T, Saengpraka W. Development and Effect of Implementing Nursing Guideline for Endovascular Aortic Aneurysm Repair (EVAR) Patient. VNURSE. 2020; 22(2): 58-70. (in Thai)
- 30.Prayooltem R, Vongwisunpong N, Songwathana P. Improvement of Discharge Planning and Continuing Care for Vascular Surgery Patients: A Case Study. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2562; 34(2): 5-17. (in Thai)

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลสุขภาพจิตคนวัยทำงาน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ศิริยุพา นันสุนานนท์¹

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นภาวะวิกฤตทั่วโลกซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และเป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก ส่งผลให้กลุ่มคนวัยทำงานต้องปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤต เช่น การทำงานจากที่บ้าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง บางคนต้องตกงานและขาดรายได้ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยได้แก่ วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญการดูแลสุขภาพจิตคนวัยทำงาน โดยการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และจัดหาแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพจิตภายหลังการแพร่ระบาด

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลจิตเวช/ การดูแลสุขภาพจิต/ คนวัยทำงาน

¹ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Corresponding Author, Email: siriyupa.n@stin.ac.th

Review article

Psychiatric nurses' role in mental health care of workers during the COVID-19 pandemic

Siriyupa Nunsunanon¹

Abstract

The COVID-19 pandemic has been one of the biggest crisis challenges worldwide. World Health Organization states it is a public health emergency of international concern and pandemic. This situation makes the majority of non-essential workers adapt their work and lifestyle such as working from home, less communication and interaction with others. Some workers lose jobs and income. The mental health problems are anxiety, stress, substance use, alcohol drinking depression and suicide. Psychiatric Nurses play a major role in mental health care through mental health promotion and protection including providing mental health support during post-pandemic.

Keywords: psychiatric nurses' role/ mental health care/ workers

¹ Lecturer, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. Corresponding Author, Email: siriyupa.n@stin.ac.th

บทนำ

สภาวะสุขภาพจิตของบุคคลที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี จัดเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งคนวัยนี้ควรมีหลักประกันและความมั่นคงในอาชีพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน ตามศักยภาพและมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่น่าอยู่ในการทำงาน ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 15 ของประชาชนผู้ใหญ่วัยทำงานจะมีปัญหาสุขภาพจิต ขาดแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพจิต ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานและผลผลิตงานในประเทศ สถานภาพการทำงานจัดเป็นปัจจัยปกป้องทางสุขภาพจิต หากคนทำงานอยู่ในสภาวะที่มีอาชีพอาชีวนามัยที่ดีย่อมทำให้มีสุขภาพที่ดี มีรายได้ สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง และทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เพิ่มผลผลิตในงานและการคงอยู่ของบุคลากร¹ ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยช่วงระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมาในช่วงการระบาดครั้งใหญ่ทำให้ประชาชนมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เช่น มีความเครียดสะสม วิตกกังวล ใช้สารเสพติด ดื่มสุรา ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 18-24 ปี และผู้ที่ว่างงาน ผลการวิจัยเชิงสำรวจประชาชนในจังหวัดลำปางจำนวน 432 คน พบว่า การรับรู้ ความรู้ต่อโรคและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมอยู่ในการรับรู้ระดับมาก ส่วนทัศนคติต่อมาตรการและการปฏิบัติตามมาตรการอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.50 มีความวิตกกังวลและความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 71.06 และร้อยละ 51.85 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี² โดยทั่วไปบุคคลมักจะไม่เกิดความเครียด ความวิตกกังวลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เนื่องจากภาวะความเครียดเป็นกลไกโดยธรรมชาติที่จะช่วยให้บุคคลมีการวางแผน เตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ความเครียดและความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาจจะได้หลายลักษณะ เช่น กลัวการติดเชื้อ วิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในแต่ละวัน ไม่ทราบว่าจะสถานการณ์การแพร่ระบาดจะยาวนานแค่ไหน เป็นต้น

จากการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทยเกี่ยวกับสุขภาพจิตคนทำงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มคนวัยทำงานต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการทำงานที่บ้าน (work from home) เหลือมเวลาการทำงาน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โซเชียลมีเดีย รวมทั้งการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัด และมีความเสี่ยงต่อความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและคนในครอบครัว ขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การบริหารเวลาทำงาน และการใช้ชีวิตส่วนตัว³ องค์การด้านอาชีวอนามัยแห่งสหรัฐอเมริกา (Occupational Safety and Health Administration) ได้จัดลำดับงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ออกเป็น 4 ระดับดังนี้ 1) ระดับงานที่มีความเสี่ยงสูงมาก ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 2) ระดับงานที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จัดการศพ 3) ระดับงานที่มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ คนทำงานในพื้นที่สาธารณะที่มีประชากรหนาแน่น เช่น สถานประกอบการ ร้านค้าปลีก และ 4) ระดับงานที่มีความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ คนทำงานกับคอมพิวเตอร์ เครื่องจักรที่ไม่ต้องติดต่อกับคนทั่วไปขนาดใหญ่⁴

โอคอนเนอร์ และคณะ ได้สำรวจสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ของบุคคลที่อาศัยอยู่ที่ประเทศอังกฤษ ช่วงของการล็อกดาวน์ ระยะเวลา 3 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่จำนวน 6,077 คน พบว่า มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โดดเดี่ยว สิ้นหวัง วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง และพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อเวลาผ่านไป อาการวิตกกังวลและระดับความสิ้นหวังจะลดลง แต่ความคิดฆ่าตัวตายกลับเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8.2 เป็นร้อยละ 9.8⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนใหญ่การดูแลสุขภาพจิตจะเน้นเฉพาะในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่มีการศึกษาสุขภาพจิตในกลุ่มคนทำงานทั่วไปค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะบทบาทพยาบาลที่จะเข้าไปช่วยดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตยังคงไม่ชัดเจน³ แม้ว่าที่ผ่านมาประเทศไทยมีแผนการดำเนินการพัฒนาและส่งเสริมด้านสุขภาพจิต มีการจัดระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในสถานประกอบการ และแหล่งสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพจิตเพื่อประเมินตนเองและให้การปรึกษา แต่การเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตของคนกลุ่มนี้ยังมีอยู่อย่างจำกัด เมื่อมีการแพร่ระบาดครั้งใหญ่และประกาศมาตรการควบคุมโรคตามที่ภาครัฐกำหนด ได้แก่ distancing, mask wearing, hand washing, testing และการใช้แอปพลิเคชัน ThaiChana ส่งผลกระทบต่อคนวัยทำงานที่กลายเป็นผู้ว่างงานหรือมีรายได้ลดลงในทันที เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจครัวเรือนที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและความจำเป็นที่จะต้องปรับตัวต่อสถานการณ์เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย^{6,7} แม้ว่าภาครัฐจะมีมาตรการเพื่อบรรเทาผลกระทบดังกล่าว โดยมุ่งเน้นการเยียวยาในช่วงที่มีการล็อกดาวน์ให้แก่ประชาชน แต่ยังมี

กลุ่มคนวัยทำงานจำนวนมากและกลุ่มเปราะบางยังไม่สามารถเข้าถึงเงินเยียวยาจากภาครัฐ นอกจากนี้เรื่องการจัดสรรวัคซีนอาจจะยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน รวมถึงประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของวัคซีน⁸ แต่คนวัยทำงานส่วนใหญ่ต่างพยายามปรับตัวต่อการทำงานในรูปแบบและบริบทใหม่ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีหรือสื่อดิจิทัลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว การปรับตัวอาจจะทำให้เสียสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว ในขณะที่คนวัยทำงานอีกกลุ่มหนึ่งไม่สามารถปรับตัวได้อาจจะลาออกหรือถูกเลิกจ้าง⁹ ที่สำคัญคือ การที่คนทำงานทั้งสองกลุ่มต่างไม่ทราบว่าตนเองจะหันไปปรึกษาปัญหาเหล่านี้กับใคร บางกรณีรุนแรงถึงขั้นเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) นอกจากนี้การที่กลุ่มคนวัยทำงานบริโภคสื่อโซเชียลมีเดียมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจหรือแยกแยะได้ว่าข้อมูลใดเป็นข่าวเท็จหรือข่าวจริง จนทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดสูงขึ้นแม้ว่าในประเทศไทยจะมีแหล่งสนับสนุนการให้คำปรึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตหลายหน่วยงาน แต่ยังมีกลุ่มคนวัยทำงานบางกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการเหล่านั้นได้น้อย อีกทั้งการจัดลำดับความสำคัญในการช่วยเหลือเน้นด้านปัจจัยพื้นฐาน การป้องกันและการรักษาโรคติดเชื้อยังเป็นลำดับแรก ทำให้ปัญหาทางด้านจิตใจหรือสุขภาพจิตถูกจัดอยู่ในลำดับท้าย ๆ ที่จะให้การดูแลช่วยเหลือบางสถานประกอบการโดยทั่วไปมักคำนึงถึงผลผลิตจากการทำงาน รายได้ และผลกำไรเป็นหลัก โดยทั่วไปการดูแลสุขภาพคนวัยทำงานเน้นความปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การบาดเจ็บจากการทำงาน และมีระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลในระบบประกันสังคม แต่ยังไม่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพจิต ปัจจุบันสถานประกอบการบางแห่ง

ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของพนักงาน โดยการใช้แอปพลิเคชัน Mental Health Check-Up เพื่อประเมิน สุขภาพจิตของคนวัยทำงานและมีการให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกลุ่มสังคมออนไลน์ และปรับพื้นที่ในสถานประกอบการสำหรับเป็นสถานที่กักกันในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาอีกด้วย^{10,11}

ผลกระทบ

1. ภาวะเศรษฐกิจและสังคมชะลอตัว การเจริญเติบโตและผลผลิตลดลง ทำให้คนว่างงาน คุณภาพชีวิตของคนวัยทำงานและครอบครัวลดลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นเหตุให้เกิดภาวะอ่อนล้า รู้สึกท้อแท้ ทำร้ายตนเอง สอดคล้องกับสถิติการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาการดำรงชีวิต รวมถึงหนี้ เศรษฐกิจครัวเรือนในประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ^{7,10}

2. มีการนำสื่อและเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการทำงานและวิถีชีวิตมนุษย์อย่างเต็มรูปแบบ ในสังคมปกติวิถีใหม่

3. มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรการทำงาน ที่เน้นการดูแลสุขภาพร่างกายเพื่อป้องกันตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความปลอดภัยในการทำงาน

แนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตคนวัยทำงาน

จากแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹² ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่เน้นให้บุคคลมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต มีเป้าประสงค์ คือ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience)

ให้กับคนไทยในการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1. สร้างความเข้มแข็งของคนไทยในการปรับเปลี่ยนมุมมองการดูแล สุขภาพจิต เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy)

2. เสริมสร้างสายสัมพันธ์ที่เข้มแข็งภายในครอบครัว (attachment)

3. ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

องค์การอนามัยโลก (WHO) วางระบบบริการการประเมินทางสุขภาพจิต การประเมินทางระบบประสาทและการใช้สารเสพติดระหว่างที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการประเมินผลกระทบดังกล่าวในระดับภูมิภาคและระดับโลก ผ่านการสำรวจบนเว็บไซต์ ซึ่งครอบคลุมการดำเนินชีวิตประจำวัน แหล่งสนับสนุนทางด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม ซึ่งแผนการดูแลสุขภาพช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental health and psychosocial support: MHPSS) โดยประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก

(WHO) ร้อยละ 95 รายงานว่าการตอบสนองแผนการดูแลสุขภาพช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมเป็นส่วนหนึ่งของแผนการรับมือต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งนำมาวิเคราะห์ และสรุปแนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตของกลุ่มคนวัยทำงานควบคู่กับมาตรการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามการดูแลสุขภาพจิตของคนวัยทำงาน¹ ดังนี้

1. การป้องกันจากปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพจิตในการทำงาน โดย

- ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพจิตและปรับรูปแบบองค์กร

- ยืดหยุ่นการทำงาน ปรับภาระงานหรือตารางงานให้คนวัยทำงานได้ร่วมตัดสินใจลดความตึงเครียด ถูกกลั่นแกล้ง และมีวิธีจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

2. ปกป้องและส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มศักยภาพของฝ่ายทรัพยากรบุคคลมาร่วมสนับสนุนดังนี้

- อบรมฝ่ายบุคลากรเรื่องสุขภาพจิต ความเครียดในการทำงาน วิธีการจัดการ การจัดแหล่งให้ความช่วยเหลือ และส่งเสริมทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

- อบรมคนทำงานให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความตระหนัก ลดการตีตราด้านสุขภาพจิต

- จัดรูปแบบการอบรมการจัดการความเครียด หรือเพิ่มโอกาสการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพจิต

- รูปแบบกิจกรรมที่นำมาดำเนินงานต้องมีประสิทธิภาพ คุณภาพ และความปลอดภัย

3. สนับสนุนสุขภาพจิตในการทำงานให้คนวัยทำงานสามารถเข้าถึง การมีส่วนร่วมและเติบโตในหน้าที่การงาน

- ปรับสภาพแวดล้อมการทำงานให้เข้ากับความสามารถ ความต้องการและความชอบของคนวัยทำงาน และจัดเพิ่มเวลาพิเศษในการทำงานให้ได้ครบถ้วนและมีเวลาไปเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

- สนับสนุนให้คนวัยทำงานที่ได้รับการรักษาหายจากการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตได้กลับเข้าทำงานที่เหมาะสมและเอื้อต่อให้บริการด้านสุขภาพจิต

- การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจ้างงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น สุขภาพสังคมและองค์กร เพื่อให้บุคคลที่เจ็บป่วยทางสุขภาพจิตทำงานได้ตามศักยภาพ

4. ปรับและจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดย

- ผู้นำองค์กร ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตในคนวัยทำงานในระดับนโยบาย

- การลงทุน ต้องมีทุนและทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ

- สิทธิ ให้คนวัยทำงานมีส่วนร่วม เท่าเทียมและเป็นธรรม

- การบูรณาการสุขภาพจิตจะต้องสอดแทรกในด้านความปลอดภัยในการทำงานและระบบการดูแลสุขภาพ

- เน้นการมีส่วนร่วม ในกลุ่มคนวัยทำงานทุกคน มีผู้แทนและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในการทำงาน

- รูปแบบกิจกรรมที่นำไปปฏิบัติจะต้องมีหลักฐานทางวิชาการรับรอง

- มีระบบการติดตามและการประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์เป็นแนวทางการดำเนินงานดูแลด้านสุขภาพจิตกลุ่มคนวัยทำงานแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1.ระดับหน่วยงานหรือสถานประกอบการ^{4,9,14}

1. หน่วยงานหรือสถานประกอบการต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการป้องกันโดยอิงจากข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และคำแนะนำด้านสุขภาพที่ประกาศอย่างเป็นทางการเป็นหลักเสี่ยงข่าวปลอมที่อาจสร้างความหวาดกลัวและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

2. ชี้แจงคนทำงานเกี่ยวกับสวัสดิการจำนวนวันลา นโยบายการหยุดงาน หรือการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่รัฐบาลจัดให้ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งจัดให้มีช่องทางการติดต่อหากมีข้อซักถาม

3. ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนทำงานที่บ้านให้มีการสื่อสารแบบสองทางผ่านทางโทรศัพท์ อีเมล โซเชียลมีเดีย หรือเข้าร่วมประชุมทางวิดีโอ เช่น จัดช่วงเวลาพักพูดคุยกันเหมือนทำงานในที่ทำงาน

4. จัดตั้งกลุ่มดูแลคนทำงานเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้คุณค่าและตระหนักถึงผลการปฏิบัติงานรวมทั้งการสนับสนุนที่ดีต่อคนทำงาน

5. ระบบเพื่อนคู่หู (buddy) ให้ช่วยติดตามภาวะสุขภาพจิต

6. ให้ความใส่ใจดูแลคนทำงานที่มีภาวะสุขภาพจิตและปัญหาทางจิตสังคมอยู่ก่อนแล้วซึ่งอาจจะไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำเป็นต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม

7. จัดให้มีสอนเทคนิคการลดความเครียดจากการทำงาน เช่น การทำสมาธิ ประเมินความเครียดตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น

8. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม และโปรแกรมการให้คำปรึกษา เช่น โครงการช่วยเหลือพนักงาน (EAP: Employee Assistance Program)

9. ฝึกอบรมผู้จัดการ หัวหน้างาน และคนทำงานให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต อาการที่พบ วิธีการจัดการ ประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่อง

10. ผู้จัดการหรือผู้เชี่ยวชาญด้านทรัพยากรบุคคล จัดโครงการให้การช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำคนทำงาน หากพบผู้ที่กำลังคิดฆ่าตัวตายหรือกำลังวางแผนที่จะทำร้ายตัวเองและผู้อื่นต้องรีบแจ้งสายด่วนวิกฤตฉุกเฉินทันที

11. ให้ความสำคัญกับการรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล

2. ระดับบุคคล คนวัยทำงานควรประเมินและดูแลสุขภาพจิตตนเอง ดังนี้²

- สังเกตและประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชัน Mental Health Check-Up

- สื่อสารปัญหาให้กับเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างาน

- ดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

- เสพข่าวอย่างเหมาะสม

- มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ

- ปรึกษาจิตแพทย์ หากมีอาการแย่ลง

ปัจจุบันได้มีการนำวิธีการบำบัดทางกายภาพ เช่น เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกโยคะ ลดความวิตกกังวล การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การทำงานอดิเรก การนอนหลับพักผ่อน การงดดื่มแอลกอฮอล์ การใช้เวลาอยู่ร่วมกับครอบครัวและกลุ่มเพื่อนให้มากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มสุขภาพจิตเชิงบวกและช่วยลดการตีตราทางสังคมในประชาชนทั่วไปได้

บทบาทพยาบาลจิตเวช

พยาบาลจิตเวชควรมีบทบาทในการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับคนวัยทำงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{1,3,13} โดยใช้แนวคิดจากองค์การอนามัยโลกประกอบด้วยการให้ความรู้คนวัยทำงานในหน่วยงานหรือสถานประกอบการเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เน้นการเผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด

การป้องกันการรับข้อมูลข่าวสารบนโลกออนไลน์มากเกินไปที่อาจทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พยาบาลจิตเวชสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีด้วยการสนับสนุนการดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางออนไลน์ผ่านกราฟฟิกความรู้ สื่อโซเชียลมีเดีย อาจทำให้คนวัยทำงานบางคนมีปัญหาการเข้าถึงสื่อการใช้อินเทอร์เน็ตและ/หรืออุปกรณ์การสื่อสารไม่พอเพียงต่อการใช้งาน ซึ่งทางสถานประกอบการควรส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาความสามารถในการเผชิญปัญหาของคนวัยทำงาน ส่งเสริมการให้มีช่วงเวลาหยุดพักเพื่อให้คนทำงานได้ผ่อนคลายและคงไว้สัมพันธภาพที่ดีซึ่งกันและกัน ปรับความคิดเชิงบวก และเสริมสร้างการจัดการความเครียดของคนวัยทำงานให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

ปัจจุบันพยาบาลจิตเวชในสังคมยุคดิจิทัลจะต้องมีการพัฒนาสมรรถนะตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะต้องทำงานประสานกับผู้บริหารระดับต่าง ๆ ในหน่วยงานหรือสถานประกอบการ เปิดโอกาสให้คนวัยทำงานได้สื่อสารความต้องการด้านสุขภาพจิต และสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต เพื่อให้คนวัยทำงานทราบถึงแหล่งสนับสนุนในสถานประกอบการ การเอื้ออำนวยความสะดวกและการประสานงานกับหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มคนวัยทำงานที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้สุขภาพจิตในระบบออนไลน์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พัฒนาทักษะการสื่อสารการให้ข้อมูลแก่คนวัยทำงาน รวมทั้งติดตามและประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องทำงานร่วมกับพยาบาลในสถานประกอบการและ/หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหาร/เจ้าของ

สถานประกอบการ หัวหน้าหน่วยทรัพยากรบุคคล ในการปรับสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการทำงานโดยเน้นมาตรการป้องกันของภาครัฐ ได้แก่ เว้นระยะห่าง การตรวจหาเชื้อ การจัดหาและการฉีดวัคซีน ให้คนวัยทำงานตามนโยบายของภาครัฐ รวมทั้งมีการติดตามและประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเป็นระยะทุก 1-3 เดือน

สรุป

การดูแลด้านสุขภาพจิตของคนวัยทำงาน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีความสำคัญ เนื่องจากในอนาคตอาจเกิดการแพร่ระบาดโรคอุบัติใหม่ได้อีก ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจะต้องมีความรู้และพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตกับคนวัยทำงาน ในสถานการณ์โรคอุบัติใหม่อย่างต่อเนื่อง ต้องทำงานร่วมกับหน่วยงาน/สถานประกอบการ และ/หรือสถานพยาบาลในพื้นที่เพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ วางแนวทางการแก้ปัญหา ออกแบบงานให้มีความยืดหยุ่น เอื้อต่อภาวะสุขภาพจิตของคนวัยทำงานมากขึ้น ออกแบบสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization. WHO guidelines on mental health at work. 2022 [cited 2023 Sep 23]: 1-4. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363177/9789240053052-eng.pdf?sequence=1>.
2. นงลักษณ์ โตบัณฑิตภาพ, ธีรรัตน์ บุญฤกษ์, บุศรินทร์ ผดุง, จิตติวีร์ เกียรติสุวรรณ. การรับรู้ทัศนคติ และความรู้ต่อมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมและผลต่อการปฏิบัติตัวตามมาตรการสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำปางในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2564; 8(1): 168-86.

3. สุรินทร์ กลัมพากร. Work Health Safety & WFH. การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทยครั้งที่ 44 ประจำปี 2564 เรื่องการฟื้นตัวจากสถานการณ์ระบาด COVID-19 กักการสร้างพลังใหม่: สุขภาพจิตและการเสริมสร้างความผาสุกในชีวิต; วันที่ 24 กันยายน 2564; Online ผ่าน WebEx. กรุงเทพมหานคร; 2564.
4. International Labour Organization. Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic. 2020[cited 2022 Jun 13]: 1-36. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_protect/—protrav/—safework/documents/instructionalmaterial/wcms_748638.pdf
5. O'Connor RC, Wetherall K, Cleare S, McClelland H, Melson JA, Niedzwiedz CL, et al. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. The British Journal of Psychiatry. 2021; 218 (6): 326-33.
6. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคเผยจุดเสี่ยงที่สัมผัสร่วมในที่สาธารณะ หากสัมผัสแล้วควรรีบล้างเพื่อป้องกันโควิด-19พร้อมแนะผู้ที่ทำงานนอกบ้านต้องเข้มมาตรการD-M-H-T-T. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16715&deptcode=brc>
7. กนกวรรณ พวงประยงค์. พฤติกรรมการช่วยเหลือสังคมในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564; 6(5): 202-24.
8. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ข้อเสนอแนะการจัดหาและการกระจายวัคซีนโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2021/07/procurement-and-distribution-of-covid-19-vaccines/>
9. AXA Asia. Supporting mental health of employees during and beyond COVID-19 [Internet]. New York: Columbia University WHO Centre GMH; 2020 [cited 2022 Jun 13]. 25-6.
10. กรมสุขภาพจิตผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีระบาด :คู่มือการปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 COVID19. สถานการณ์และความเป็นมา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/covid/19pnews/files/MCATTupdate.pdf>
11. กรมสุขภาพจิตคำแนะนำเรื่องสุขภาพจิตโดย . องค์การอนามัยโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30244>
12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]

13. World health organization. Coronavirus disease (COVID-19). [Internet]. New York: Columbia University WHO Centre GMH; 2020 [cited 2022 Jun 13] Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19#:~:text=symptoms>
14. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak; 2020 [cited 2022 Jun 13] Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/mental-healthconsiderations.pdf>

บทความวิชาการ

การรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลแบบประคับประคอง

จรรยารักษ์ พลอยสุภา¹

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนาจากปรัชญาบ้านพักรับรองที่ก่อตั้งโดย Cicely Saunders มีเป้าหมายที่จะปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามชีวิต ตอบสนองตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทางด้านร่างกาย จิตใจ ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ และให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วย ปัจจุบันยังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ การดำรงชีวิตส่งผลต่อแบบแผนการดูแลภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญ ต้องมีสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะความสามารถ และเจตคติในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งบทความนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการศึกษาความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย การสนับสนุนจิตใจและอารมณ์ การปรับปรุงคุณภาพชีวิต การดูแลแบบองค์รวม การจัดการอาการ การสนับสนุนครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเคารพในความต้องการของผู้ป่วย

ผลการศึกษาการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับศาสตร์ของการดูแลแบบประคับประคองในประเด็นต่อไปนี้ ได้แก่ หลักปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง การทำงานเป็นทีมสหวิทยาการ ทักษะการสื่อสาร การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หลักจริยธรรมและวัฒนธรรม รวมถึงการดูแลในระยะท้าย การศึกษาและการฝึกอบรม

คำสำคัญ: การรับรู้/ บุคลากรทางการแพทย์/ การดูแลแบบประคับประคอง

¹ กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ 10400

Corresponding Author, Email: janyarakploy@gmail.com

Review article

Perceptions of healthcare professionals towards palliative care

Janyarak Ploysupha ¹

Abstract

Palliative care has evolved from the philosophy of hospice care established by Cicely Saunders. Its primary objective is to improve the quality of life for patients facing life-threatening illnesses by addressing individual needs. This involves preventing and alleviating physical and emotional suffering, responding to spiritual needs, and providing support to patients' families. As society transitions into an aging population, there is a growing emphasis on the importance of palliative care in responding to the increased demand for comprehensive support. The current focus on caring for the elderly, particularly those with chronic illnesses, underscores the need for palliative care, which has a profound impact on overall healthcare systems. Medical professionals play a crucial role in providing palliative care and must possess the knowledge, skills, and a compassionate attitude necessary for such care. This article aims to explore the significance of palliative care and perceptions of healthcare professionals.

The study results on the importance of palliative care encompass various components, including emotional and psychological support, enhancing the quality of life, holistic care, symptom management, family support, continuous care, and respecting the needs of the patients.

The study on the awareness of healthcare professionals reveals that medical personnel need to seek knowledge and understanding in the following areas related to palliative care: philosophy of palliative care, interdisciplinary teamwork, communication skills, advance care planning, ethics and culture, end-of-life care, education and training.

Keywords: perceptions/ healthcare's professionals/ palliative care

¹ Outpatient Department, Pramongkutklao Hospital, Bangkok 10400

Corresponding Author, Email: janyarakploy@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาเทคโนโลยีในการรักษาโรคด้วยวิธีการใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษา ชะลอ หรือ ยับยั้งตัวโรคทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวนานขึ้นได้ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ามีเทคโนโลยีมีความทันสมัย แต่สุดท้ายก็ไม่อาจยับยั้งความก้าวหน้าของโรคที่จะดำเนินไปสู่ระยะท้าย ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกายได้ จึงต้องเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ ทำหน้าที่ดูแลและประคับประคองผู้ป่วยต่อไป

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ภายใต้กรอบสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึง อายุ เพศ ศาสนา ภาษา เชื้อชาติ หรือสวัสดิการทางสังคม มีสิทธิได้รับการดูแลแบบประคับประคอง¹ ในประเทศที่พัฒนาแล้วผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือและการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อาจเกิดจากโครงสร้างของประชากรในประเทศกลายเป็นสังคมของผู้สูงอายุ และแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้ผู้คนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้น รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสมัยใหม่มีการพัฒนาจากปรัชญาบ้านพักรับรองที่ก่อตั้งโดย Cicely Saunders มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยถึงชีวิต ตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ และให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองเป็นที่รู้จักกว้างขวางในต่างประเทศ โครงสร้างการดูแลผู้ป่วยอาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ประเทศนอร์เวย์ ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากระบบการรักษาพยาบาลของรัฐที่มีบริการเฉพาะทาง และไม่เฉพาะทางในการดูแลและแบบประคับประคอง¹ การดูแลชุมชนหรือบริบทการดูแลเฉพาะทาง การดูแลชุมชนที่ให้บริการที่บ้าน ผ่านการดูแลที่บ้านหรือผู้ประกอบวิชาชีพ

ทั่วไป และผู้ป่วยในบ้านพักคนชรา รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในบ้านพักรับรองอาจเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาด้วยเช่นกัน

สำหรับสถานการณ์สุขภาพในประเทศไทย สาเหตุการป่วยร้อยละ 71 มาจากโรคที่ไม่ติดต่อ มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้สถิติการเสียชีวิตเพิ่มตามไปด้วย² แนวโน้มของผู้สูงอายุจากจำนวนประชากรในประเทศมีสัดส่วนที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีจำนวนหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมดในอีก 20 ปีข้างหน้า จะเป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องเผชิญ เพราะผู้สูงอายุจะมีโอกาสเจ็บป่วยเรื้อรังสูงขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วเพื่อต้องการรักษาให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว³ แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ มุ่งเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม บำบัดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว มีรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่ามีประชากรในโลกนี้ประมาณ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14 ที่เข้าถึงการบริการ⁴ การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในบริบทของประเทศไทยมีการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ได้บัญญัติกฎหมายเพื่อให้บุคคลแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพ ดังที่มีการประกาศใช้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ระบุว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย”⁵ และ ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็น 1 ใน 19 สาขาของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ⁶

การดูแลแบบประคับประคองถือเป็นความต้องการเร่งด่วนด้านมนุษยธรรมทั่วโลก สำหรับผู้ป่วย เช่น โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในสถานที่ที่มีสัดส่วนผู้ป่วยในระยะลุกลามสูงและมีโอกาสน้อยในการรักษาให้หาย บุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญ ต้องมีสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะความสามารถ และเจตคติในการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งทักษะด้านการสื่อสาร การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ ทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ป่วยสามารถใช้หนังสือดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งในการปรึกษาหารือและวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาที่กล่าวถึงบทบาทบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง⁷ หรือการศึกษาที่ระบุถึงโรคโดยตรง เช่น การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาที่กล่าวถึงการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์แบบองค์รวมยังมีอยู่อย่างจำกัด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองและความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม ในแง่มุมของการให้ข้อมูลเชิงลึกกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่รวมถึงแพทย์ พยาบาล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ มีมุมมองและมีส่วนร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างไร การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางเฉพาะในการดูแลภาวะสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยร้ายแรงและครอบครัว การทำความเข้าใจการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองถือเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างการบูรณาการเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพ

นิยามการดูแลแบบประคับประคอง

ความไม่ชัดเจนของการนิยามการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทำให้เป็นอุปสรรคต่อการนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาในบริบทต่าง ๆ และการนำไปใช้กับผลการวิจัยในชีวิตประจำวัน⁸ องค์การอนามัยโลกได้นิยามการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือโรคที่คุกคามชีวิต⁴ ในทางปฏิบัติการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลแบบประคับประคองมักนำมาใช้กับโรคที่คุกคามชีวิตด้วยเหตุนี้จึงมีการให้คำนิยามว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย นักวิจัยหลายคนให้คำนิยามที่แตกต่างกันไป ทำให้เกิดมุมมองเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิดและกลุ่มประชากรที่ศึกษา⁹ มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าแพทย์โดยทั่วไประบุว่าผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเองมากกว่าการวินิจฉัย

สำหรับในบริบทของประเทศไทยมีการกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากขึ้น แต่กลับพบปัญหาเรื่องการตีความที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะในหน่วยงานราชการที่ล้วนแต่ตีความไปตามบริบทและอำนาจหน้าที่ของตัวเอง ปัจจุบันประเทศไทยยังใช้คำนิยามตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดโดยไม่มีคำจำกัดความเป็นของตัวเอง ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนและไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของระบบบริการสุขภาพ และอาจนำไปสู่การดูแลรักษาแบบประคับประคองที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงอาศัยอำนาจตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมาทำหน้าที่จัดทำคำนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย และมีร่างนิยามของคำที่เกี่ยวข้อง มีด้วยกันทั้งสิ้น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ภาวะผู้ป่วย (patient

status) ส่วนที่ 2 ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล (care person) ส่วนที่ 3 care and service และส่วนที่ 4 ethics and medico-legal ส่วนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)¹¹ ได้มีตัวอย่างนิยามในเชิงปฏิบัติการว่า การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการมีชีวิตหรือภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยมีจุดประสงค์เพื่อเติมเต็มคุณภาพชีวิตและบำบัดความทุกข์ทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย โดยครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วยนั้นด้วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า นิยามที่ได้การยอมรับโดยทั่วไปยังไม่มีอย่างเป็นทางการโดยเฉพาะในบริบทประเทศไทย ดังนั้นบทความนี้จึงยึดตามนิยามขององค์การอนามัยโลกที่ว่า การดูแลแบบประคับประคองคือ การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือโรคที่คุกคามชีวิต

ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลและสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือภาวะที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง มีความสำคัญที่สามารถอธิบายได้ดังประเด็นต่อไปนี้

1. การสนับสนุนจิตใจและอารมณ์ (emotional and psychological support) ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการกับความเครียด แรงกดดัน และภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยหรือครอบครัว มีงานวิจัยที่มุ่งเน้นศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว และพยาบาล ถึงความต้องการหรือความปรารถนาที่จะมีพฤติกรรมการสนับสนุนทางอารมณ์ ความสุขทางใจถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต ซึ่ง สัม พันธ์ อยู่ อย่ าง ไก ล้ ชิด กับ อากา ร ความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจ จึงเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลด้านจิตใจและจิตเวชในการเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง¹⁰

2. การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (enhancing quality of life) การดูแลแบบประคับประคองมี

ส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตอบสนองความต้องการทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบายและเต็มທີ່ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

3. การประเมินแบบองค์รวม (holistic approach) การดูแลแบบประคับประคองใช้แนวทางการประเมิน และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมลักษณะทางกายภาพของ ความเจ็บป่วย มิติทางจิตวิทยา สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นไปที่บุคคลโดยรวม ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในทุกด้านของชีวิต ประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวมควรเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย หลังการรักษาและระหว่างติดตามผล

4. การจัดการอาการ (symptom management) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองควรมีความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดในระยะท้าย เช่น อาการปวด คลื่นไส้ หายใจลำบาก หรืออาการเหนื่อยล้าเป็นต้น เพื่อควบคุม และบรรเทาอาการต่าง ๆ เหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้กำลังใจของผู้ป่วยโดยรวมดีขึ้นได้นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคอง ยังสามารถทำควบคู่ไปกับการรักษาตามปกติที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวต่อไปได้¹¹

5. การสนับสนุนครอบครัว (family support) ความเจ็บป่วยร้ายแรงไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อคนที่รักของพวกเขาด้วย การดูแลแบบประคับประคองขยายการสนับสนุนไปยังครอบครัว ช่วยให้พวกเขาได้รับรู้ถึงเส้นทางที่จะนำมาซึ่งความเศร้าโศก จากการสูญเสีย เป็นการอำนวยความสะดวกสำหรับ ผู้ดูแล และช่วยลดภาระของผู้ดูแล แม้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคอง จะได้รับการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผู้ป่วยยังถูกกำหนดให้เป็นผู้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวด้วย และผู้ดูแลในครอบครัวถูกกำหนดให้เป็นผู้ให้บริการของการสนับสนุนผู้ป่วย¹²

6. การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) การดูแลแบบประคับประคองสามารถบูรณาการเข้ากับแผนการดูแลโดยรวมของผู้ป่วยได้นับตั้งแต่เวลาที่วินิจฉัย สิ่งนี้ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่องสม่ำเสมอและการประสานงานตลอดเส้นทางการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยไม่คำนึงว่า จะเป็นการมุ่งเน้นไปที่การรักษาหรือการดูแลให้กำลังใจ

7. เคารพในความต้องการของผู้ป่วย (respect for patient preferences) การดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญกับการเคารพในค่านิยม เป้าหมาย และความชอบของผู้ป่วย ทำให้พวกเขามีสิทธิ์ตัดสินใจในแผนการดูแลรักษาของตน ส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกันและความเป็นอิสระ

โดยสรุป การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลแบบองค์รวม มีความเห็นอกเห็นใจ และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับบุคคลที่เผชิญกับการเจ็บป่วยร้ายแรง โดยให้ความสำคัญกับความคล่องตัว ศักดิ์ศรี และความเป็นอยู่โดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนที่นอกเหนือไปจากการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว

การรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลแบบประคับประคอง

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (knowledge and understanding of palliative care) เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับรู้ เพราะเป็นแนวทางเฉพาะทางในการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตหรือสถานการณ์ที่ครอบครัว หรือญาติผู้ดูแลของบุคคลนั้น ๆ กำลังเกิดการสูญเสีย ภาพรวมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีดังนี้

1. หลักปรัชญา (philosophy) การดูแลแบบประคับประคองมีพื้นฐานอยู่บนหลักการของการบรรเทาทุกข์ การดูแลแบบองค์รวม และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

โดยเน้นการสื่อสารแบบเปิด การตัดสินใจร่วมกัน และแนวทางที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2. การทำงานเป็นทีมสหวิทยาการ (interdisciplinary team) การดูแลแบบประคับประคองมักเกี่ยวข้องกับทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจากสาขาวิชาชีพ รวมถึงแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา อนุศาสนาจารย์ และอื่น ๆ ที่ทำงานร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย การทำงานแบบสหวิทยาการโดยทั่วไปเป็นเป้าหมายของทีมดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง โดยมีสมาชิกที่มาจากความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทีมงานจะแบ่งปันข้อมูลและทำงานแบบพึ่งพาซึ่งกันและกัน ผู้นำทีมขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่กำหนดจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ทักษะการสื่อสาร (communication skills) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบหลัก ของการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้รับการฝึกอบรมให้พูดคุยอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมา กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ทางเลือกในการรักษา และความต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต การสื่อสารถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง แต่ผู้ป่วยและครอบครัวมักไม่พึงพอใจกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ปัญหาด้านการสื่อสารยังเป็นอุปสรรค¹³ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับการสื่อสารระหว่างบุคคลอย่างมากในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษานี้ยังระบุว่ากลยุทธ์การสื่อสารด้วยวาจาสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคองไม่สามารถอ้างอิงว่ามีความเหมาะสมเพียงกลยุทธ์เดียวได้ อาจต้องนำกลยุทธ์ทางอวัจนภาษา อันได้แก่ การสัมผัสทางอารมณ์ รูปลักษณ์ รอยยิ้ม ความใกล้ชิดทางกาย และการฟังอย่างกระตือรือร้น มาใช้ร่วมในระหว่างการสื่อสารกับผู้ป่วย¹⁶ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการศึกษาและวรรณกรรม

ในอดีต แสดงให้เห็นว่าทักษะการสื่อสาร เกิดขึ้นจากการฝึกอบรมที่เพียงพอจากผู้เชี่ยวชาญ

4. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) การดูแลแบบประคับประคอง ส่งเสริมให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพูดคุยหารือและบันทึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความเข้าใจในสถานการณ์ ความเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษาจากทีมผู้ให้การดูแล เป้าหมายและความต้องการการดูแล ในวาระสุดท้าย ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ลดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในญาติที่ยังมีชีวิตอยู่

5. หลักจริยธรรมและวัฒนธรรม (ethical and cultural) ผู้ประกอบวิชาชีพการดูแลแบบประคับประคองจะต้องมีความอ่อนไหวต่อการพิจารณาทางวัฒนธรรม ศาสนา และจริยธรรมที่อาจมีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ป่วยในการดูแล การตัดสินใจในการรักษา และพิธีกรรม บั้นปลายชีวิต

6. การดูแลระยะสุดท้าย (end-of-life care) การดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งรวมถึงการให้ขวัญและกำลังใจ ให้เกียรติ และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยเมื่อพวกเขาเข้าใกล้จุดสิ้นสุดของชีวิต อาจเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบบ้านพักรับรอง ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะสำหรับผู้ที่ได้รับการคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้หกเดือนหรือน้อยกว่า¹⁴

7. การศึกษาและการฝึกอบรม (education and training) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองมักจะได้รับการศึกษา และฝึกอบรมเฉพาะทางเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลแบบประคับประคอง

การศึกษาจำนวนมากเน้นถึงประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลแบบประคับประคอง เช่น

การจัดการอาการ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีขึ้น และการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บุคลากรทางการแพทย์มักตระหนักถึงศักยภาพของการดูแลแบบประคับประคองในการบรรเทาความทุกข์ทรมานและยกระดับคุณภาพชีวิต มีการศึกษาที่ระบุว่า ทีมที่ปรึกษาของโรงพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคองมีส่วนร่วมในการลดต้นทุนของโรงพยาบาล¹⁵

นอกจากนี้การให้คำปรึกษาด้านการดูแลแบบประคับประคองภายใน 3 วัน นับจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคาดว่าจะลดต้นทุนการดูแลรักษาในผู้ป่วยที่ตัวโรคคุกคามชีวิตและมีระยะเวลาจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง ในผู้ที่มีโรคร่วม 4 โรค พบว่า มีต้นทุนมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี 2 โรคหรือน้อยกว่า ผลลัพธ์เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่โรคคุกคาม และอาจเป็นไปได้ที่การรักษาแบบฉุกเฉินจะลดต้นทุนได้จากการขยายขีดความสามารถในการดูแลแบบประคับประคอง¹⁶ การดูแลแบบประคับประคองช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ โดยการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการสะสมมากขึ้นของจำนวนผู้ที่เสี่ยงชีวิต¹⁷ นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยที่เคยได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจากทีมสุขภาพหรือได้รับการส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าสามารถลดการเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) รวมถึงลดระยะเวลาในการนอนใน ICU ลงได้

ในขณะที่การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านทำให้ประหยัดต้นทุนอย่างมาก ค่ารักษาในโรงพยาบาลน้อยลง และค่าใช้จ่ายการเข้าพักในบ้านพักรับรองที่เพิ่มขึ้นในช่วงเดือนสุดท้ายของชีวิต การเข้าถึงดูแลแบบประคับประคองที่เร็วขึ้น จะส่งผลให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่ทางการแพทย์ลดลง¹⁸

บทสรุป

บทความนี้ผู้เขียนจัดทำขึ้นด้วยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมในแง่มุมมองของการให้ข้อมูลเชิงลึกกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่รวมถึงแพทย์ พยาบาล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ในทีมดูแลสุขภาพ ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป^{4,7} เสนอแนวคิดความสำคัญรวมถึงประโยชน์การดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นการให้การดูแลที่มีคุณภาพและเป็นมนุษยธรรมกับผู้ป่วยที่มีโอกาสน้อยในการรักษาให้หายขาดหรือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตโดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ ศาสนา ภาษา เชื้อชาติ หรือสวัสดิการทางสังคมของผู้ป่วย

การรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องเริ่มต้นทำความเข้าใจในเรื่องดังต่อไปนี้คือ 1) หลักหลักปรัชญา โดยการยึดตามกรอบขององค์การอนามัยโลก 2) ทีมสหวิชาชีพที่ต้องมีความสัมพันธ์กันในทุกแขนงความเชี่ยวชาญ 3) ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย 4) การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า 5) หลักจริยธรรมและวัฒนธรรม 6) การดูแลระยะสุดท้าย และ 7) การเพิ่มทักษะด้วยการศึกษาและการฝึกอบรมเพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Cherny, N. I., & Radbruch, L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative medicine*, 2009. 23(7), 581-593.
2. World Health Organization. Global Health Observatory. 2019. <http://www.who.int/gho/en/> (access September 16, 2019).
3. Tangcharoensathien, V, P Prakongsai, S Lim-wattananon, W Patcharanarumol, P Jongudomsuk. From Targeting to Universality: Lessons from the Health System in Thailand. In Peter Townsend, ed. *Building Decent Societies: Rethinking the Role of Social Security in Development*. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2009. 310-22.
4. World Health Organization. Why palliative care is an essential function of primary health care, 2018). (No. WHO/HIS/ SDS/2018.39). World Health Organization.
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12, 2561. https://www.nationalhealth.or.th/th/rights/Article_12
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2561. <https://spd.moph.go.th>
7. มลิวัลย์ แจ่มแจ้ง. การพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารเภสัชกรรมคลินิก*, 2566, 29(2), 103-115.
8. Van Mechelen, W., Aertgeerts, B., De Ceulaer, K., Thoosen, B., Vermandere, M., Warmenhoven, F., De Lepeleire, J. Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliative Medicine*, 2013m 27(3), 197-208.
9. George, L. K. Research design in end-of-life research: state of science. *The gerontologist*, 2002, 42(3), 86-98.

10. Rego, F., Pereira, C., Rego, G., Nunes, R. The psychological and spiritual dimensions of palliative care: A descriptive systematic review. *Neuropsychiatry*, 2018, 8(2), 484-494.
11. Wilkie, D. J., Ezenwa, M. O. Pain and symptom management in palliative care and at end of life. *Nursing outlook*, 2012, 60(6), 357-364.
12. Connor, S. R. Hospice and palliative care: The essential guide (2nd ed.) New York: Taylor and Francis, 2009.
13. Wilkinson, S., Bailey, K., Aldridge, J., Roberts, A. A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 1999, 13(4), 341-348.
14. Gillan, P. C., van der Riet, P. J., Jeong, S. End of life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 2014, 34(3), 331-342.
15. Morrison, R. S., Penrod, J. D., Cassel, J. B., Caust-Ellenbogen, M., Litke, A., Spragens, L. Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Archives of internal medicine*, 2008, 168(16), 1783-1790.
16. May, P., Normand, C., Cassel, J. B., Del Fabbro, E., Fine, R. L., Menz, R., Morrison, R. S. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: a meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 2018, 178(6), 820-829.
17. Cassel, B., Garrido, M., May, P., Del Fabbro, E., Noreika, D. Impact of Specialist Palliative Care on Re-Admissions: A "Competing Risks" Analysis to Take Mortality into Account (TH341A). *Journal of Pain and Symptom Management*, 2018, 55(2), 581.
18. Lustbader, D., Mudra, M., Romano, C., Lukoski, E., Chang, A., Mittelberger, J., Cooper, D. The impact of a home-based palliative care program in an accountable care organization. *Journal of palliative medicine*, 2017, 20(1), 23-28.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล บทความวิจัยทางการแพทย์ บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ ทาง การพยาบาลแต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 3 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความ จะได้รับการ ตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา อนุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น ระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ การตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความวิชาการ

1.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยจำนวน คำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย บทคัดย่ออังกฤษ คำสำคัญ อังกฤษ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิด ขอบด้านซ้าย

2. บทความวิจัย

2.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2.2 ชื่อเรื่องภาษาไทย และภาษาอังกฤษ อยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

2.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัย และคณะอยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 โดย ส่วนท้ายของหน้าแรกระบุตำแหน่งวิชาการ สถานที่ทำงาน และ e-mail ของ corresponding author และคณะ

2.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ดังนี้

2.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย (สอดคล้องกับภาษาอังกฤษ)

2.4.2 บทคัดย่ออังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำ) คำสำคัญอังกฤษ (ไม่เกิน 5 คำ)

2.4.3 บทนำ

2.4.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.5 วัตถุประสงค์

2.4.6 สมมติฐานการวิจัย หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.7 วิธีการดำเนินการวิจัย

2.4.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.4.9 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2.4.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4.11 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.4.12 ผลการวิจัย

2.4.13 การอภิปรายผล

2.4.14 ข้อเสนอแนะ

2.4.15 เอกสารอ้างอิง

2.5 เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับบทความในรูปแบบ word file ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความ ตีพิมพ์ และสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เข้ารับการพิจารณาผ่านระบบการจัดการวารสารออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj> หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถาม สามารถติดต่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ฝ่ายการพยาบาล ตึกเพชรรัตน์ชั้น 6 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3082

ใบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

ข้าพเจ้า (ระบุค่านำหน้า).....

ที่อยู่ (สถานที่ส่งวารสาร).....

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

ออกใบเสร็จในนาม (ชื่อ-สกุล, ที่อยู่).....

ประเภทการตีพิมพ์

- ☐ บุคลากร นอก สังกัดมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ค่าดำเนินการ 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)
☐ บุคลากร ใน สังกัดมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ค่าดำเนินการ 1,250 บาท (หนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

มีความประสงค์ส่ง ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความวิจัย เรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างหรือผ่านการตีพิมพ์ในวารสารอื่น และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

1. ชื่อผู้นิพนธ์หลัก (ภาษาไทย).....☐ corresponding author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

คำนำหน้านาม ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ.....

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม (ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน)

2. ชื่อ (ภาษาไทย).....☐ first author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

คำนำหน้านาม ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ.....

3. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

คำนำหน้านาม ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ.....

4. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

คำนำหน้านาม ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ.....

5. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

คำนำหน้านาม ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ.....

☐ กรณีบทความวิจัย ได้ส่งพร้อมสำเนาไปรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ผู้เขียนต้องชำระเงินค่าดำเนินการในการตีพิมพ์หลังบรรณาธิการตอบรับ หากต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์ ต้องแจ้งบรรณาธิการโดยตรงให้เร็วที่สุด ก่อนที่จะส่งให้ reviewer อ่าน หากบทความนั้นได้ผ่านการอ่านจาก reviewer แล้ว จะถอนคืนไม่ได้ ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินก่อนตีพิมพ์ โดยพิจารณากลับกรอง (external and internal review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายนอกและภายในที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลโดยเฉพาะ มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ อย่างน้อย 3 ท่าน ตอบบทความ (แบบ double-blinded)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

ใบสมัครขอรับหนังสือขีรสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับหนังสือขีรสารการพยาบาล (ฉบับเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน และ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม จำนวน 2 เล่มต่อปี) เป็นเวลา ปี ตั้งแต่ พ.ศ.ถึง พ.ศ. และได้ชำระค่าวารสาร ตามรายการดังนี้

☐ อัตราค่าสมาชิก และค่าจัดส่ง 300 บาทต่อปี

นางสาว/ นาง /นาย

ที่อยู่เลขที่ ซอย ถนน

แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชำระโดย

☐ เงินสด จำนวน.....บาท

☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ้งหมื่นไวย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาศรียาน เลขที่ บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ้งหมื่นไวย์ (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)

โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3082